

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Colofon

Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en
Internationale Gezondheidszorg (NVTG)

Postbus 83
6700 AB Wageningen
nvtg@xs4all.nl
www.nvtg.org

KIT Publishers
Mauritskade 63
Postbus 95001
1090 HA Amsterdam
Email: publishers@kit.nl
www.kit.nl/publishers

© 2007 KIT Publishers/NVTG - Amsterdam

ISBN 978 90 6832 7366
NUR 680/870

<i>Tekst</i>	Leo van Bergen
<i>Redactie</i>	Hansje Galesloot
<i>Vormgeving</i>	Grafisch Ontwerpbureau Agaatsz BNO, Meppel
<i>Productie</i>	Hightrade, Zwolle
<i>Publicatie</i>	Arlette Kouwenhoven (Kouwenhoven Publishing Services), coordinator; bijdragen van Ingrid Gerhardt-Kruip en Esther Jurgens (NVTG)

Deze publicatie kwam mede tot stand dankzij de steun van:

Fotocollectie Tropenmuseum
GlaxoSmithKline
Chirurgen Maatschap Leusden

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door foto-kopieën, opnamen of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Van koloniale geneeskunde tot internationale gezondheidszorg

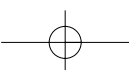
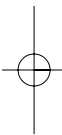
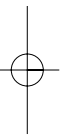
Een geschiedenis van honderd jaar
Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde

Leo van Bergen



KIT Publishers





Inhoud

Voorwoord	9
Inleiding	11
Deel I Huize Indië (1907-1940)	15
1 De Indische gezondheidszorg rond 1900	17
Opleiding van inlandse artsen	17
Verwetenschappelijking van de Indische medische zorg	18
Bestrijding van besmettelijke ziekten	21
Het mantristysteem	24
2 De oprichting van de NVTG	27
Mislukte vorming van internationale vereniging	27
Het begin van de NVTG	29
Nationalisme boven internationalisme	30
Invloed op wetenschap en gezondheidsbeleid	33
Het gedachtegoed van Nieuwenhuis	36
Koloniale geneeskunde	39
3 De medisch-tropische opleiding	44
Indië of Nederland?	44
Amsterdam of Leiden?	52
Keuze voor klinisch onderwijs in Leiden	56
Nadruk op hygiëne in Amsterdam	58
Concurrentie tussen de opleidingen	62
4 Het interbellum	69
Viering tienjarig bestaan	69
Financiële problemen en dalend ledental	70
Strubbelingen met het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde	71
Het internationaal congres in 1938	74
Het gedachtegoed van Winckel en Snijders	79

Deel II Ontheemd (1940-1960) 81

1 De Tweede Wereldoorlog 83

Swellengrebel en de vestiging van joodse vluchtelingen in Suriname	83
Winterslaap tijdens de oorlog	87
De affaire-Schüffner	88

2 Afscheid van Indië 93

De affaire-Kits van Waveren	93
Een eerste stap weg van het Westerse superioriteitsdenken	97
Medische hulp als middel tot overheersing	99
Geneeskunde is een nationale zaak	100

3 De NVTG in de jaren na de oorlog 105

Gevolgen van de dekolonisatie	105
Samenwerking over de grenzen	107
De specialistenregistratie	108

4 Naar een nieuwe, praktische invulling van het métier 111

Een nieuw beleid krijgt contouren	111
Oomen over de toekomst van de Nederlandse tropenarts	112

Deel III Hotel De Wereld (1960-2007) 117

1 Van Commissie Werkring Tropen tot Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden 119

Het ontstaan van de Commissie Werkring Tropen	119
De statutenwijziging van 1965	120
Het blad Medicus Tropicus	121

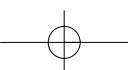
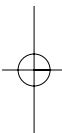
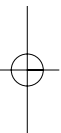
2 Groeiende belangstelling voor medische ontwikkelingshulp 123

De NVTG en de geest van de jaren zestig	123
Een veranderd curriculum	124
Medisch Centrum Nairobi	125
Werkring Nederland	128
Tropical and Geographical Medicine	128

3 Radicalisering van het medisch-tropisch gedachtegoed 131

De Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden	131
Opheffing van de Commissie Werkring Tropen	134
Nieuwe koers	135
Medicus Tropicus wordt radicaler	135
'Hulp is neo-kolonialisme'	137
Kranendonk en de toekomst van de tropenarts	139
Wederom: financiële problemen	141

4 Het recht op gezondheid	143
Een veranderde structuur en een veranderde opleiding	143
Artsen Terug naar de Tropen	143
Hernieuwde statutenwijziging	144
Alma Ata 1978	145
Kritiek op de technologiekritiek	150
Primary Health Care en de Nederlandse politiek	153
Die goede, oude tijd	158
De wereld leeft niet bij Primary Health Care alleen	159
Primary Health Care als bezuinigingsmiddel	164
 5 Nieuw type gezondheidswerker	 167
Een tijd van bezuiniging	167
De hiv/aids-epidemie	168
Tanende academische inbedding	169
De val van de Muur en de hete post-Koude Oorlog conflicten	171
Noodhulp	172
Een vereniging óók voor internationale gezondheidszorg	173
 Conclusie	 177
 Noten	 183
 Bronnen en literatuur	 199
 Index op personen	 205
 Dankwoord	 208



Voorwoord

Voor U ligt het boek *Van Koloniale Geneeskunde tot Internationale Gezondheidszorg* van historicus Leo van Bergen, geschreven in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde ter gelegenheid van haar honderdjarig bestaan. De schrijver heeft zonder last of ruggespraak de inhoud kunnen samenstellen en deze in een geheel eigen stijl kunnen verwoorden. Het bestuur van de NVTG is blij en trots dit boek te kunnen presenteren. Het beschrijft in drie delen de inhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen binnen de tropische geneeskunde en de internationale gezondheidszorg. Dit gebeurt steeds vanuit het perspectief van de beroepsvereniging en met een open oog voor de veranderingen in de wereld. Het boek verhaalt de opkomst van de tropische geneeskunde in Nederland in de vorige eeuw met de vele wortels in Indië, het huidige Indonesië. Vervolgens toont het de periode van onthechting en de groei van de tropische geneeskunde en internationale gezondheidszorg in de tweede helft van de vorige eeuw die eindigt met een neerwaartse trend. Men ziet hier de bezuinigen op de formele programma's en afbraak van de klassieke medische ontwikkelingssamenwerking.

Het is precies op dit recente breukvlak wanneer de vereniging haar naam uitbreidt naar Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg. Gelijktijdig hebben de Verenigde Naties, in hun gezamenlijkheid en onder aanvoering van de Ghanees Kofi Annan, de Millenniumdoelen vastgesteld waarin sprake is van een verhoogde aandacht voor de volksgezondheid in ontwikkelingslanden. Sindsdien is er daadwerkelijk sprake van een toenemende inzet vanuit het rijke deel van de wereldbevolking voor het arme deel.

Deze kentering ziet men ook weerspiegeld in het ledenbestand en de activiteiten binnen en rondom de NVTG in relatie tot gezondheidsprogramma's, opleiding en onderzoek. Er is een enorme en groeiende belangstelling onder Nederlandse universitaire studenten. Jonge internationale onderzoekers sluiten zich aan, de verbindingen met de universiteiten en kennisinstituten worden opnieuw aangegaan en er wordt gezocht naar nieuwe financieringsmogelijkheden van de klinische opleidingen.

De recente invulling van een NVTG-leerstoel vormt ook een weerspiegeling van het verbeterende klimaat. De laatste jaren is ook de relatie met het Haagse beleid hersteld en wordt er verder gezamenlijk gezocht naar nieuwe samenwerkingsmogelijkheden tussen het professionele veld, het internationale onderzoeksveld en het beleid. De charme van de vereniging daarenboven is dat naast de traditionele klinische geneeskunde ook de zogenaamde armoedegerelateerde oorzaken van ziekten als malaria, tuberculose en AIDS/HIV en ook de moeder- en kindsterfte in de volle breedte de aandacht blijven krijgen.

Het boek laat zien dat vele thema's al vanaf het begin van de NVTG steeds weer aan de orde komen, terwijl de vereniging zich telkens weer moet aanpassen aan de ontwikkelingen, zowel nationaal als internationaal.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Het honderdjarig bestaan wordt gevierd met een groot internationaal vierdaags congres. De presentatievormen van de vereniging volgen de bovengenoemde internationale ontwikkelingen zowel op papier als digitaal. De werldebol als logo blijft bestaan en symboliseert honderd jaar geschiedenis, herkenbaar voor leden van alle generaties en getuigend van wereldwijde activiteiten. Het verdwijnen van de palmboom en van de werldebol met alleen het zuidelijke halfrond, doet recht aan de ontwikkeling naar gelijkwaardige Noord-Zuid samenwerkingsverbanden binnen gezondheidsprogramma's, opleiding en onderzoek. De naamwijziging in Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg zet zich door nu de aesculaap een minder prominente plaats inneemt en ruimte biedt voor vele andere vakdisciplines.

Het boek is voor de NVTG een mijlpaal en een gids in de ontwikkelingen binnen de tropische geneeskunde en de internationale gezondheidszorg en samenwerking: steeds weer zijn er leden die zich vanuit hun grote betrokkenheid en deskundigheid inzetten voor de gezondheidszorg, onderwijs, en onderzoek in ontwikkelingslanden.

Martin Boeree, voorzitter
Louis Niessen, vice-voorzitter
Wageningen, maart 2007

Inleiding

De geschiedenis van de Nederlandse tropische geneeskunde is tot nu toe nauwelijks onderzocht en in beeld gebracht. Daarom opperde een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde al in 1999 het idee een uitgebreid jubileumboek te wijden aan het honderdjarig bestaan van de vereniging in 2007.¹ Het resultaat ligt nu voor u. De rode draad erin is het gedachtegoed binnen de vereniging en de veranderingen die daar in een eeuw tijd in optraden. Aanvankelijk richtte de NVTG zich op de bestrijding van bepaalde, tropisch genoemde ziekten, daarbij werkend in een koloniale context. Nu, honderd jaar later, is het een vereniging die internationale gezondheidszorg hoog in het vaandel heeft staan en vaak meer aanstuurt op verbetering van sociaal-economische omstandigheden in ontwikkelingslanden dan op het louter bestrijden van specifieke ziekten. Zaken als *health for all* en *primary health care* staan dan ook hoog op de agenda. De vereniging is niet meer alleen toegankelijk voor artsen, maar voor allen die 'zich bezighouden met internationale gezondheidsvraagstukken en zich inzetten voor een optimale gezondheidszorg in de ontwikkelingslanden'.²

Deze rode draad betekent meteen dat bepaalde zaken niet of nauwelijks ter sprake komen, die bij een andere vraagstelling wel een plaats zouden hebben verdiend en gekregen. Als meest prominente kan de praktijk van de medische zorg worden genoemd, uitgevoerd door NVTG-artsen in de diverse delen van de wereld. Toch is dat werk niet afwezig en wel omdat de verandering van koloniale geneeskunde in internationale gezondheidszorg natuurlijk ook dat praktische werk van de artsen heeft beïnvloed en dan met name het werkterrein. Dit komt direct in de naamgeving van de diverse delen terug. De tropenartsen hadden in de koloniale tijd vooral Indië als werkveld. Uitzendingen duurden minstens vier jaar, maar velen bleven wel tien tot twintig jaar in de archipel.³ Indië was dus vaak hun thuis. Tijdens de Tweede Wereldoorlog en de dekolonisatieoorlog raakten zij ontheemd; door internering in de Japanse kampen vaak zelfs letterlijk. De zoektocht naar een nieuwe invulling van het vak leidde uiteindelijk tot uitzending naar alle werelddelen, maar de tijd van uitzending was korter. Nederland zelf bleef de thuisbasis. Huize Indië was veranderd in Hotel De Wereld.

De rode draad van koloniale geneeskunde naar internationale gezondheidszorg betekent natuurlijk niet dat er zo strikt de hand aan zal worden gehouden dat er absoluut geen zaken zullen worden besproken die er letterlijk genomen niet direct mee te maken hebben. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gewezen op het door de NVTG georganiseerde internationale congres in 1938 of bepaalde wederwaardigheden in en als gevolg van de Tweede Wereldoorlog.

Dat er reden is de geschiedenis van de tropische geneeskunde onder de loep te nemen, ook in de tijd na afloop van de koloniale overheersing, bleek onlangs weer uit een artikel in het *British Medical Journal*. Daarin schetst de auteur de belangrijke veranderingen in deze tak van de geneeskunde:

*Fifty years ago, tropical medicine was nearly synonymous with exotic parasitic diseases. Thirty years later, it changed to internal medicine in the tropics, incorporating the full spectrum of general medicine managed with limited resources. Now, it seems to be the medicine of immunosuppression.*⁴

Toch is de medische hulp in de tropen – en zeker die van Nederlandse artsen – een nauwelijks geëxploreerd terrein. De Britse medische geschiedenis in India is wel onderzocht, bijvoorbeeld door Mark Harrison,⁵ en dat geldt ook voor de Duitse medisch-koloniale geschiedenis, waarbij kan worden gewezen op het volumineuze *Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884-1945* van Wolfgang Eckart.⁶ Maar wat Nederland betreft is de oogst mager. In algemene werken over de geschiedenis van de Nederlandse koloniën komt de gezondheidszorg nauwelijks aan bod, noch de inlandse, noch de Westerse.⁷ Alleen H.W. van den Doel wijdt er in *Het rijk van Insulinde* enkele pagina's aan.⁸ Wel zijn er studies die specifiek handelen over de medische zorg in Indië, maar die beperken zich dan weer tot de tijd van de koloniale overheersing.⁹

Mijn eigen onderzoek naar de geschiedenis van het Nederlandse Rode Kruis in Indië bevestigde voor Nederland het beeld dat de medisch-historicus Michael Worboys heeft geschilderd aan de hand van Groot-Brittannië, Duitsland en België: de tropische geneeskunde was tot 1950 in de eerste plaats een geneeskunde die diende ter ondersteuning en versterking van het koloniale systeem. Worboys liet in zijn artikel 'British colonial medicine and tropical imperialism' (in de bundel *Nederlandse Geneeskunde in de Indische Archipel 1816-1942*) zien dat de medische oplossingen van verschillende kolonisatoren voor dezelfde ziekten sterk van elkaar konden verschillen, ondanks nagenoeg identieke geografische en klimatologische omstandigheden. Hij toonde aan dat deze gezondheidspolitieke verschillen voortvloeiden uit de verschillende doelstellingen en militair-politieke omstandigheden van de kolonisatie. Ook liet hij aan de hand van India zien hoe zowel overheersers als overheersten de medische maatregelen vaak meer als een politiek-administratieve dan als een medische zaak bekeken. De moderne geneeskunde, met zijn snel groeiende kennis over bijvoorbeeld bacteriologie, immunologie en parasitologie, was een van de gebieden waarop de koloniale mogelijkheden met elkaar concurreerden.¹⁰

Deze opvatting plaatst vraagtekens bij de mening dat het een geest van internationalisme was geweest die aan de oorsprong heeft gestaan van de medisch-tropische verenigingen en opleidingen rond 1900. In een terugblik tijdens de viering van het tienjarig bestaan formuleerde de voorzitter van de vereniging, de Leidse hoogleraar, voormalig officier van gezondheid en plantagearts te Borneo A.W. Nieuwenhuis (1864-1953), het als volgt: 'Men stond toen nog in de beweging der internationale verbroedering, op allerlei, maar vooral op wetenschappelijk gebied.' In het jaar van zijn rede waren de landen ten zuiden en oosten van Nederland verwickeld in de hel die Eerste Wereldoorlog wordt genoemd en dus zei hij er met gevoel voor *understatement* bij dat van internationalisme op dat moment weinig te merken was. Maar hij twijfelde er niet aan dat het in de jaren na de oorlog weer zou herleven.¹¹

Het was echter eerder nationalisme dan internationalisme dat de drijfveer vormde voor de sterke ontwikkeling van de tropische geneeskunde vanaf het einde van de negentiende eeuw. Men gunde het een ander land niet als daar meer en beter onderzoek werd verricht naar bepaalde ziekten dan in het eigen land. 'We have allowed a Frenchman to find for us the amoeba of our malarial fevers, and a German the bacillus of cholera which is surely

our own disease', klaagde de Engelse arts A.C. Crobie van de Indian Medical Service in 1912. 'Shall we wait till someone comes to discover for us the secrets of the continued fevers which are our daily study, or shall we be up and doing it for ourselves?'¹²

Volgens tropenartsen als Crobie was de wetenschappelijke, Westerse geneeskunde essentieel voor een letterlijk en figuurlijk 'gezonde' ontwikkeling van de koloniën. Het was een noodzakelijk onderdeel van 'the development of those countries *under British rule*', schreef bijvoorbeeld de *Indian Medical Gazette*.¹³ Volgens menig tropisch arts was het kolonialisme een beschavende kracht. Zo vond Ronald Ross (1857-1932) – een van de leidende figuren in de Britse tropische geneeskunde rond 1900 en de ontdekker van de overbrenging van malaria via de malariamug – dat de Britten superieur waren aan de door hen onderworpen volken. Het waren immers de Britten geweest die 'honesty, law, justice, order, roads, posts, railways, irrigation, hospitals [...] and what was necessary for civilisation, a final superior authority,' hadden geïntroduceerd.¹⁴

Op grond van dit soort uitspraken verkiezen veel hedendaagse historici de term 'koloniale geneeskunde' boven tropische geneeskunde of tropische hygiëne. Het beleid bij de bestrijding van met name endemische ziekten werd volgens hen vaker door politieke dan door medische argumenten bepaald. Koloniale geneeskunde is een term die meer nadruk legt op deze sociaal-politieke context.¹⁵ De geschiedenis van de geneeskunde in de tropische koloniën plaatsen deze historici mede tegen de achtergrond van de koloniale expansie: juist in de tijd van sterke gebiedsuitbreidingen aan het einde van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw ondersteunden West-Europese staten het opzetten van cursussen in tropische geneeskunde. Het was ook geen toeval dat juist in deze periode in diverse landen, waaronder Nederland, verenigingen voor tropische geneeskunde werden gevormd.

Tropische geneeskunde als (onofficieel) medisch specialisme dateert vanaf het midden van de achttiende eeuw. Maar een medische discipline, in die zin dat het als een apart vak aan universiteiten en medische scholen werd gedoceerd en eigen vaktijdschriften kende, is het pas vanaf het einde van de negentiende eeuw. Deze ontwikkeling werd tot voor kort volledig intern medisch verklaard. Een aparte opleiding was nodig gezien de toenemende en steeds specialistischer wordende kennis betreffende het vak. Recentere studies zetten echter vraagtekens bij deze ietwat teleologische benadering. Volgens deze onderzoeken onderwezen de scholen voor tropische geneeskunde 'imperial doctors in the latest specialist knowledge and investigated endemic and epidemic diseases *that threatened the political and economic health of the empire*.'¹⁶ Harrison laat bijvoorbeeld voor de Britse situatie zien dat de scholen voor tropische geneeskunde in Liverpool en Londen onderdeel waren van een politiek van 'constructive imperialism' zoals gevoerd door het ministerie van Koloniën.¹⁷

Het roept de vraag op of ook de Nederlandse geneeskundige zorg in de koloniën (mede) werd bepaald door militair-politieke en economische omstandigheden en hoe dit dan in de praktijk uitwerkte. Werd het medische doen en laten meer bepaald door de koloniale context dan door de medische noodzaak? Werd het koloniale systeem gesteund en werden daarvoor medische middelen ingezet? Deed de NVTG met andere woorden ook in politiek opzicht aan koloniale geneeskunde?

Het zijn vragen die nog belangrijker worden als wordt bedacht dat tot ongeveer 1900 de gezondheidszorg in Nederlands-Indië vrijwel geheel op militaire leest was geschoeid, en derhalve uit de aard der zaak de politieke belangen van Nederland scherp in het oog

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

hield. Daar veranderde ook het in 1882 uitgevaardigde Reglement op de Burgerlijke Geneeskundige Dienst in Nederlandsch-Indië weinig aan. Toen werden weliswaar de burgerlijke en militaire geneeskundige diensten uit elkaar getrokken, maar de chef van de Militair-Geneeskundige Dienst bleef het hoofd van de gehele dienst, terwijl ook de artsen van de burgerlijke dienst officieren van gezondheid waren. En al mocht vanaf dat moment aan ziekenhuisbouw worden gedaan zonder voorafgaand overleg met de militaire autoriteiten, praktische consequenties lijkt dit niet te hebben gehad, terwijl de staat van de medische inrichtingen daar toch alle aanleiding toe gaf. De ziekeninrichtingen rond 1900 waren militaire hospitalen, al konden hierin ook burgers uit ambtelijke kringen worden opgenomen. Daarnaast bestonden alleen de zogenaamde Stadsverbanden – ‘donkere, onooglijke barakken, in den regel gebouwd van gespleten bamboe, daardoor besmet met wandluizen’. Dit althans volgens de arts en NVTG-erelid Ch.W.F. Winckel, eind jaren dertig een bekend figuur door zijn deelname aan de Rode-Kruisambulance naar Ethiopië ten tijde van de oorlog met het Italië van dictator Mussolini. Volgens hem werden de stadsverbanden vooral bevolkt door zwervers, bedelaars en zieke prostituees. De drukke praktijken van de civiele geneesheren beletten hen zich met zaken als hygiëne in te laten. Dat de Europese koloniale elite zich rond 1900 veelal liever thuis dan in een hospitaal liet behandelen, lijkt daardoor niet alleen een zaak van gewoonte te zijn geweest.¹⁸

Als de zienswijze van historici als Worboys over de tropische geneeskunde in het koloniale tijdperk ook voor Nederland opgaat – en de bestaande literatuur tendeert daar op zijn minst naar –¹⁹ dan zet dat tevens vraagtekens bij de opvatting dat wat er ook misging in het koloniale verleden van Nederland, de geneeskundige zorg daar zeker niet bij hoorde. Deze opvatting heeft binnen de tropische geneeskunde zelf de tand des tijds behoorlijk doorstaan. Zo werd in het jubileumboek van de NVTG van 1997 nog eens herhaald dat Nederlands-Indië ‘het enige koloniale gebied [was] waar, dankzij systematische vaccinaties, vóór de oorlog geen pokken voorkwam. De pestbestrijding op Java was voorbeeldig en efficiënt, terwijl op het gebied van voeding en malariabestrijding verscheidene werkers wereldfaam verdienden en het ook kregen.’²⁰ Als we de medische zorg puur beoordelen op het verbeteren van de levensverwachting, dan is die lof ook niet onterecht. Het is althans een conclusie die ook door historicus Peter Boomgaard werd getrokken in zijn artikel ‘Dutch medicine in Asia 1600-1900’, al relativeerde hij dat belang tegelijkertijd.

Until recently conventional historical wisdom had it that the introduction of Western medicine in tropical countries led to lower morbidity and mortality. If we limit ourselves to Java, there is, indeed, evidence for a gradually improving life expectancy at birth between 1800 and 1940. Although other factors clearly contributed to this improvement, there is not much doubt that Western medicine was of some importance.’²¹

Het beeld dat de geschiedenis van de Nederlandse tropisch-geneeskundige zorg nog onvoldoende is doorgrond, gaat in versterkte mate op voor de historie van de NVTG. Ter gelegenheid van diverse lustrumvieringen zijn beknopte publicaties verschenen over de geschiedenis van de vereniging, maar die zijn vooral anekdotisch en feitelijk van aard. Bovendien gaan ze nauwelijks in op de maatschappelijke context waarin de vereniging handelde.²² Ook afgezien van een eeuwfeest is met andere woorden de tijd dus rijp voor een grondige analyse van de geschiedenis van de tropische geneeskunde in Nederland in het algemeen en de NVTG in het bijzonder, zowel voor als na het koloniale tijdperk.

Deel I

Huize Indië (1907-1940)



Anatomische les op de Dokter Djawa-school rond 1900 (Fotocollectie Tropenmuseum)

1 De Indische gezondheidszorg rond 1900

Opleiding van inlandse artsen

In de decennia voorafgaand aan de oprichting van de NVTG in 1907 veranderde de verhouding van Nederland tot zijn koloniën, niet alleen politiek en economisch, maar ook medisch. Het idee van 'morele verantwoordelijkheid' voor de toekomst van die landen deed zich gelden en beïnvloedde ook de artsensstand.

De koloniën waren er, zo luidde het nieuwe credo, niet louter voor het geldelijk gewin van het moederland. Nederland had een verantwoordelijkheid om te zorgen voor de economische en sociale ontwikkeling van zijn koloniale gebiedsdelen. Op medisch gebied kwam dit tot uiting in de aan invloed winnende overtuiging dat voor verschillen in ziektebeelden tussen moederland en kolonie niet louter raciale verklaringen moesten worden gezocht, maar bijvoorbeeld ook economische – overigens zonder dat die raciale verklaring overboord werd gegooid. Het leidde ertoe dat rond 1900 ruwweg drie soorten artsen in Nederlands-Indië werkzaam waren: de militaire artsen, de artsen in dienst van grote ondernemingen als Shell (met name aan de oostkust van Sumatra) en artsen die, vaak in dienst van missie of zending, uit ethische overwegingen de grote oversteek hadden gewaagd.¹

De militair arts Willem Bosch (1798-1874) was een van de eerste exponenten van het 'verlichtere denken' over de medische zorg in de koloniën.² Hij was in het midden van de negentiende eeuw de man achter de School voor Inlandse Voedvrouwen en achter de Dokter Djawaschool, in 1851 opgezet bij het militair hospitaal in de buitenwijk Weltevreden in Batavia. De tweejarige cursus die daar van start ging, vormde het begin van het geneeskundig onderwijs in Nederlands-Indië. Degenen die de opleiding voltooiden konden als 'dokter djawa' (inheems arts) in gouvernementdienst treden. De cursus werd in 1864 uitgebreid tot een driejarig curriculum en in 1875 zelfs tot zeven jaar: twee jaar voorbereiding, vijf jaar studie. Het onderwijs werd gegeven door vijf officieren van gezondheid.³

Bosch was ook een van de oprichters van de Vereniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië. Dit genootschap startte de uitgave van het *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië* (GTNI). Het was de tijd van de hongersnood in Midden-Java, die vragen oproep over de exploitatie van de inheemse bevolking en aanzette tot een omslag in het denken over koloniale politiek. Bosch leverde openlijk kritiek op het cultuurstelsel, waarin de gehele Indische economie in dienst stond van Nederland. Hij veronderstelde ook dat epidemieën eerder het gevolg waren van armoede en ondervoeding dan van tropische omstandigheden of raciale kenmerken. De ideeën van de Nederlandse hygiënisten lijken dan ook een behoorlijke invloed op het medische denken in de archipel te hebben gehad.⁴

De Dokter Djawaschool werd in 1899 omgedoopt in School tot Opleiding van Indische Artsen (STOVIA). In 1902 werd de vooropleiding tot drie en de medische studie tot zes jaar uitgebreid, zodat de gehele opleiding na afloop van de lagere school negen jaar in beslag nam. De titel 'inheems arts' werd veranderd in 'inlands arts'. De school stelde zich

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

in 1913 open voor alle geledingen van de Indische samenleving, inclusief vrouwen. In datzelfde jaar kwam in Soerabaja bovendien de Nederlandsch Indische Artsen School (NIAS) tot stand. De studie aan de STOVIA werd verlengd tot tien jaar en de titel veranderde in Indisch arts, omdat nu ook leerlingen van andere komaf werden toegelaten. Het onderwijs verplaatste zich langzamerhand van het militair hospitaal naar het zogeheten Stadsverband, een medische post die de voorloper was van de Centrale Burgerlijke Ziekeninrichting in Batavia.

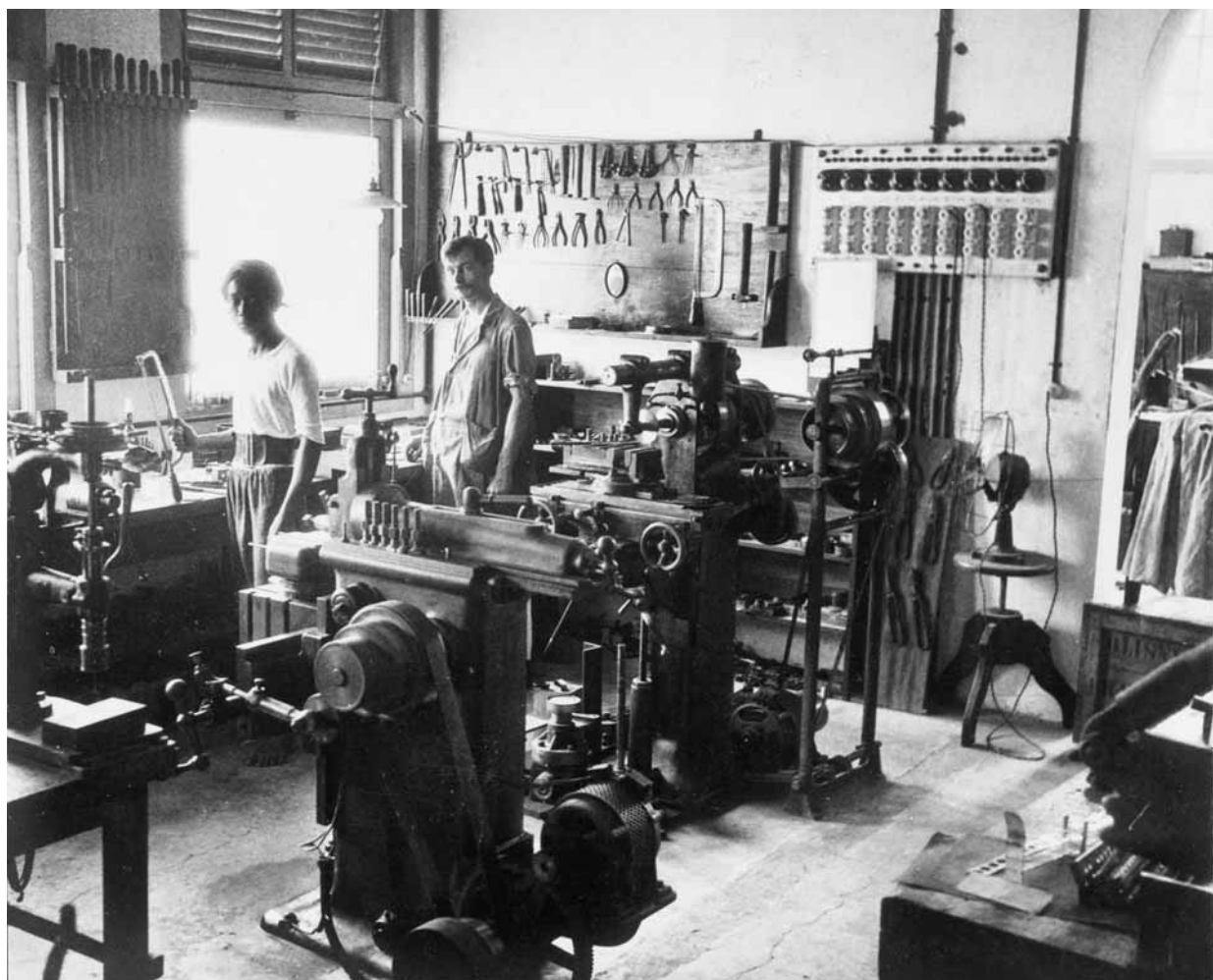
Dat was ook de plek waar in 1927 een Geneeskundige Hogeschool werd opgericht, waarvoor de eerste plannen al van voor de Eerste Wereldoorlog dateerden. De opleiding aan deze hogeschool stond op één lijn met die aan de Nederlandse universiteiten, terwijl de STOVIA alleen een vooropleiding was voor het universitair onderwijs in Nederland. De artsen C.D. de Langen (1887-1967) en W.A. Kuenen (1873-1951) hadden in de voorbereidingscommissie gezeten.⁵ De Langen, in 1914 de eerste leraar aan de STOVIA die niet uit het militair-medische circuit afkomstig was, werd aan de hogeschool hoogleraar in de bijzondere ziektekunde, diagnostiek en therapie.⁶ Kuenen was oprichter geweest van het nog te bespreken Pathologisch Laboratorium in Medan. Een groot deel van de leerlingen van de STOVIA kreeg de mogelijkheid naar de medische hogeschool over te stappen en er werden geen nieuwe leerlingen meer aan deze school toegelaten. Dat betekende als vanzelf dat zij haar langste tijd had gehad en in 1933 sloot zij dan ook haar deuren. Eenzelfde lot was de NIAS beschoren, omdat ook in Soerabaja een medische hogeschool de poorten zou gaan openen. Dat is er echter door het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog niet meer van gekomen.⁷ Overigens zouden de diverse medische opleidingen broedplaatsen van Indonesisch nationalisme worden.⁸

Verwetenschappelijking van de Indische medische zorg

Volgens de indeling die A. de Knecht-Van Eekelen in een historische publicatie uit 1989 formuleerde, werd de Dokter Djawaschool opgericht in de eerste fase van de medische zorg in Nederlands-Indië, terwijl de Geneeskundige Hogeschool aan het begin van de derde fase tot stand kwam. De eerste fase besloeg de periode tot pakweg 1880, toen de Westerse geneeskunst in de archipel werd geïntroduceerd. De tweede fase, tussen 1880 en 1925, werd gekenmerkt door 'een uitwisseling van ervaringen uit de tropen enerzijds en Europese medische kennis anderzijds'. En in de derde fase vanaf 1925 bewogen de geneeskunde in Nederland en die in Indië zich volgens De Knecht-Van Eekelen op een gelijk niveau en werd het meeste medisch-wetenschappelijke onderzoek in de tropen zelf gedaan. Het begin van die periode kan opgehangen worden aan het boek *Gezondheidsleer voor Nederlandsch-Indië* van de arts E.H. Hermans, die daarin schreef:

De sluier van mystiek, waaronder het Oosten ook met zijne ziekten den Europeaan wist te bedreigen en te beangstigen is afgerukt. Alle ziektebeelden zijn geworden tot nuchtere realiteit, ze zijn teruggebracht binnen de grenzen van ons weten en kunnen.⁹

Deze zinnen waren typerend voor de derde periode, omdat zij enerzijds aangaven dat afstand was genomen van het beeld van het mystieke Oosten met zijn vreemde inwoners, exotische planten en ongrijpbare ziektebeelden. Anderzijds kwam erin naar voren dat de



De instrumentenmakerij van het Eijkman-instituut rond 1920 (Fotocollectie Tropenmuseum)

‘rationele, wetenschappelijke, westerse geneeskunde’ het ‘primitieve, op mystieke natuurinvloeden gebaseerde denken over ziekte’ had overwonnen.¹⁰

Aan het einde van de eerste fase vestigden zich steeds meer Europeanen op Java en Sumatra. Er kwam een agrarische wet die het mogelijk maakte voor particulieren om plantages op te zetten voor de verbouw van bijvoorbeeld tabak, koffie, thee, cacao, suikerriet en rubber. De Vereniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië waarschuwde weliswaar tegen de mogelijk ernstige medische gevolgen van bebouwing van de tropische grond door blanke Europeanen, maar het perspectief van economisch gewin veegde dergelijke argumenten van tafel.¹¹

De NVTG kwam tot stand midden in de tweede fase, toen in Nederland en elders in het Westen de belangstelling voor de medische aspecten van het koloniale systeem toenam.¹² In 1897 werd in Londen de uit de Indiase geneeskundige dienst afkomstige W.J.R. Simpson tot hoogleraar hygiëne benoemd. Een jaar later werden in Liverpool en Londen scholen

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Nederlandsch-Indische Artsenschool rond 1925. (Fotocollectie Tropenmuseum)

voor tropische geneeskunde opgericht. De school in Liverpool kwam onder leiding van Ronald Ross te staan, de al genoemde ontdekker van de malariamug, en richtte zich voornamelijk op hygiënische vraagstukken. In Londen zwaaide Patrick Manson (1844-1922) de scepter; hij legde de nadruk op medisch-biologisch onderzoek.¹³ Manson wordt, meer nog dan Ross, tot de grondleggers van de moderne tropische geneeskunde gerekend.

Het begin van deze tweede fase werd medisch gezien gekenmerkt door de ontdekking van de veroorzakers van diverse ziekten, zoals cholera, tyfus en pest. Op grond daarvan werd geconcludeerd dat de ziekten zelf weinig verschilden van die in Europa. Dat idee leidde tot een grote aandacht voor bacteriologie, ook voor wat betreft de tropen. In Batavia kwam een Pathologisch Laboratorium tot stand, na korte tijd omgedoopt in Laboratorium voor Pathologische Anatomie en Bacteriologie. In dit laboratorium, gelegen bij het militair hospitaal in Weltevreden, werd in 1886 een onderzoek gestart naar de ziekteverwekker van het gevreesde beriberi. De hiervoor uit Nederland naar Indië afgereisde onderzoekers zetten enkele laboratoria op die later tot het Eijkman Instituut zouden uitgroeien.

De onderzoekscommissie bestond uit de Utrechtse hoogleraar pathologie C.A. Pekelharing (1848-1922) en diens assistent, de neuroloog C. Winkler (1855-1941). Ter ondersteuning kregen zij de officieren van gezondheid C. Eijkman (1858-1930) en J.W.F.J. van

Eecke (1860-1895) toegewezen, die na hun vertrek het onderzoek voortzetten. Het resulteerde in een jacht op een – niet bestaande – beriberi-bacterie, die tussen 1880 en 1910 de Nederlandse en Nederlands-Indische medische tijdschriften beheerste. Terwijl de belangstelling voor de gezondheidssituatie in de tropen al toegenomen was door de aandacht voor het welzijn van de inheemse bevolking, gaf de discussie over de beriberi-bacterie daar nog een extra impuls aan. Mede door het vroegtijdig overlijden van Van Eecke was het Eijkman die uiteindelijk een doorbraak wist te bereiken en het beriberi-raadsel tot een oplossing bracht. Hij ontdekte dat niet een bacterie, maar gebrekkige voeding de oorzaak van de ziekte was.¹⁴

Met die ontdekking was de discussie echter niet beslecht. Er waren artsen die Eijkmans ontdekking simpelweg niet aanvaardden, omdat die niet in de gangbare theorieën paste. Met name de controverse met de Amsterdammer E. van Dieren, notoir querulant en betweter, was fel, maar juist daarom ook weer goed voor de nodige aandacht. Van Dieren bleef eraan vasthouden – en zeker niet als enige – dat beriberi niet een voedings- maar een infectieziekte was. Deze discussie werd overigens door Eijkman zelf buiten de algemene vergadering van de NVTG gehouden. Hij schreef Van Dieren een brief waarin hij aangaf de discussie onzinnig te vinden, waarop Van Dieren niet op de vergadering verscheen waarin het beriberi-vraagstuk zou worden besproken.¹⁵

Het beriberi-onderzoek zou Eijkman geen windeieren leggen: in 1929 ontving hij de Nobelprijs voor de geneeskunde. In 1898 werd hij hoogleraar en tevens werd de Eijkman-medaille ingesteld ter gelegenheid van zijn 25-jarig professoraat in 1923. Deze medaille werd en wordt ter beschikking gesteld door de Stichting Het Eijkman Medaillefonds en is de enige wetenschappelijke onderscheiding in Nederland voor mensen die werkzaam zijn op het gebied van de tropische geneeskunde.¹⁶

Weltevreden in Batavia was niet de enige plek in Nederlands-Indië waar het een en ander gebeurde op medisch-tropisch terrein. Medan kende eveneens rond de eeuwwisseling een Pathologisch Laboratorium waar fundamenteel medisch-wetenschappelijk onderzoek mogelijk was. Ook hiervoor was de belangstelling in Nederland groot en een deel van het onderzoek werd daarnaartoe verplaatst. Het ging hierbij om onderzoek naar aandoeningen die in Nederland normaliter niet, of althans niet in die vorm en mate, voorkwamen. De belangstelling in het moederland was enerzijds te verklaren uit een streven naar verbetering van de geneeskundige zorg in een gebied aan de andere kant van de aardbol, veel en veel groter dan Nederland zelf, zowel in oppervlak als in inwoneraantal. Anderzijds vergrootte het toenemend aantal remigranten en schepelingen met tropische ziekten onder de leden de interesse in onderwijs en onderzoek betreffende tropische ziekten.¹⁷

Bestrijding van besmettelijke ziekten

De vorming in 1911 van de Burgerlijke Geneeskundige Dienst, de latere Dienst Volksgezondheid, viel net als de oprichting van de NVTG in het midden van de tweede fase. De civiele en militaire gezondheidszorg waren nu definitief van elkaar losgemaakt. De eerste hoofdinspecteur was de arts J. Schüleïn, schrijver van *De uitoefening der geneeskundige praktijk in Nederlandsch-Indië* (1903). Sous-chef was de geestelijk vader van het geheel: W.Th. de Vogel (1863-1955), voormalig stadsgeneesheer te Semarang. Reeds twee jaar later volgde hij Schüleïn op.

De dienst bestond bij de oprichting uit zegge en schrijve twaalf functionarissen en

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

het was dus geen wonder dat De Vogel in 1916 de taken beperkte tot het hygiënisch-profylactisch terrein. De hoofdtak werd 'het toezicht op de volksgezondheid, de geneeskundige politie en de bestrijding van volks- en besmettelijke ziekten', een taakverandering die in de naamsverandering tot uiting werd gebracht. De individuele ziekenzorg werd overgelaten aan particuliere instellingen, zoals de missie en de zending.¹⁸ Oude instellingen werden gemoderniseerd, zoals de ouderwetse poliklinieken. Die werden grotendeels vervangen door vaste polikliniekgebouwtjes, beheerd door 'mantri-verplegers eerste klas'. Deze verplegers werden eens per week bijgestaan en gecontroleerd door een arts. De reizen die deze daarvoor moest ondernemen waren sinds 1920 van groot belang geworden, omdat zij onderdeel waren gaan uitmaken van de bestrijding van framboesia tropica 'door middel van policlinische inspuitingen met salvarsanpraeparaten'.¹⁹

De strategie van de Dienst Volksgezondheid had zeker enig succes. Zo was de pokkenbestrijding een van de oudste en succesvolste aspecten van het werk, al was het een succes dat eigenlijk al in 1850 was begonnen toen geheel Java in enkele honderden vaccinatie-



W. Th. de Vogel
(Fotocollectie Tropenmuseum)

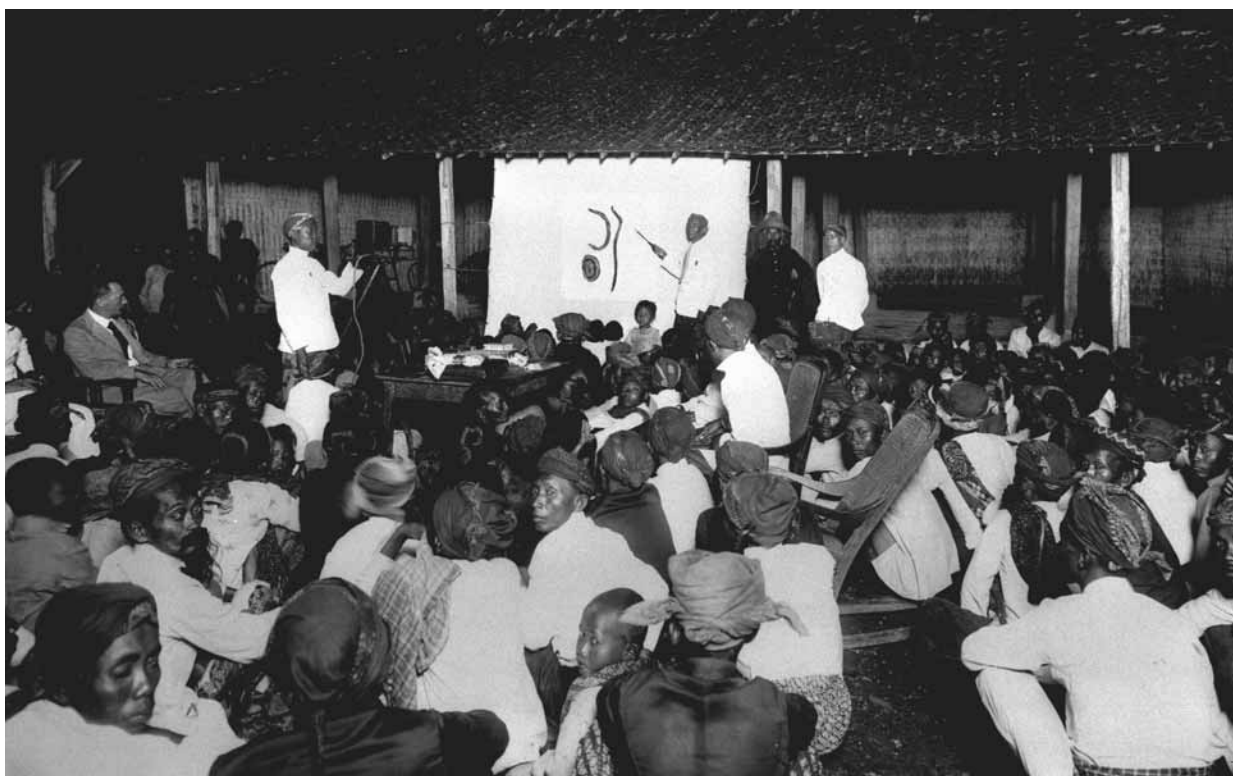
districten was verdeeld. Ook de bestrijding van de pest, die zich op Java aandiende kort nadat de dienst was opgericht, is altijd als glorieus moment in de medische geschiedenis van Indië opgevoerd, en niet geheel ten onrechte. Volgens Winckel was Nederlands-Indië zelfs het enige land in de tropen 'waar de rat-vlo-mens infectiewijze in volle consequentie werd aanvaard en dienovereenkomstige maatregelen werden getroffen.' Dit kwam neer op het vergroten van de afstand tussen de inheemse bevolking en de huisrat door middel van 'woningverbetering'.²⁰

In 1924 werd een centraal Malaria-bureau als onderdeel van de Dienst Volksgezondheid opgericht. De dienst bezat ook een afdeling Gezondmakingswerken, 'die hoewel zeker in de tropen broodnodig, in niet veel landen wordt gevonden'. Hierdoor kon het Malaria-bureau gemakkelijk voeling houden met de 'assaineringstechnici' die maatregelen troffen op het vlak van drainage, aanleg van afvoergoten en het wegwerken van broedplaatsen voor ongedierte. Uit die afdeling Gezondmakingswerken is later het Laboratorium voor Technische Hygiëne en

Assainering ontstaan, dat onderdeel werd van de Technische Hogeschool te Bandoeng.²¹

De cholerabestrijding was een ander succesverhaal. Stierven in 1910 nog ongeveer 65.000 mensen aan de ziekte, in 1920 waren het er geen twintig meer. Daarna leek de ziekte zelfs geheel verdwenen, maar in 1927 brak zij in Batavia toch weer uit, en wel in een virulente vorm. Toch bezweken er maar twaalf mensen, wat werd toegeschreven aan de tot stand gekomen drinkwaterleiding, het aanbreken van de regentijd én het snel gestarte vaccinatieprogramma. Binnen enkele weken waren 236.000 inwoners geïmmuniseerd.²² Andere ziekten die de aandacht van de Dienst Volksgezondheid opeisten waren mijnworminfectie, lepra, tuberculose en avitaminose. De dienst beschikte hiervoor over aparte instituten zoals het Instituut voor Volksvoeding dat veel samenwerkte met het Eijkman Instituut, of het Koningin Wilhelmina Instituut voor lepraonderzoek.²³

Geen wonder dus dat volgens de niet geheel onpartijdige Winckel, zelf oud-inspecteur



Avondlezing met lichtbeelden door de DVG-afdeling medisch-hygiënische propaganda 1928 (Fotocollectie Tropenmuseum)

van de dienst in West-Java, de Dienst Volksgezondheid uitgroeide tot 'een voorbeeld [...] voor de gezondheidszorg in tropische gewesten'. Een sterke kant was ook de kennis over plantagehygiëne die was opgedaan door het werk van twee leden van de NVTG, de Duitser W.A.P. Schüffner (1867-1949) en de eerdergenoemde Kuenen die mede aan de wieg stond

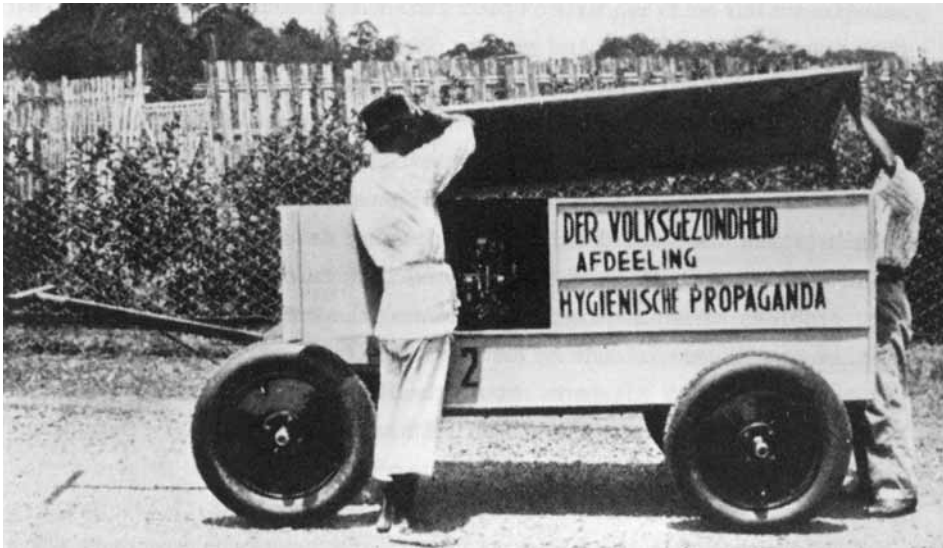


Framboesia. (Fotocollectie Tropenmuseum)

van de Geneeskundige Hogeschool in Batavia.²⁴ Toch past hier wel een kanttekening. Al probeerde de dienst in de gehele archipel de volksgezondheid op een hoger peil te brengen, het was wel een poging die niet door iedereen enthousiast werd begroet. Veel inheemse bewoners bleven meer vertrouwen stellen in de plaatselijke wonderdokters dan in de Westerse geneeskunde, al bracht succesvolle behandeling van framboesia en mijnwormziekte, alsmede de effectieve vaccinatie tegen pokken en pest daar wel wat verandering in.²⁵

Dit neemt echter het beeld van 'misschien dan wel voor u, maar zeker niet door u' niet weg. Dit viel ook het latere NVTG-bestuurslid, de patholoog en medisch-historicus G.T. Haneveld in een publicatie uit 1989 op. In Nederlands-Indië leidden de medische

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Demonstratie van een berrie van de Dienst Volksgezondheid 1937 (Uit: A.P. den Hartog, *Diffusion of Milk 1880-1942*, Wageningen 1986, p. 125)

adviezen vanuit Nederland soms tot veel ongenoegen, omdat ze doorgaans geen gebruik maakten van de kennis en praktische ervaring van de in Indië werkzame medewerkers van de Dienst Volksgezondheid.²⁶ Maar dat er werd voorbijgegaan aan de kennis van de inheemse bevolking, werd door zowel de Nederlandse als de Nederlands-Indische artsen volkomen logisch geacht. Als er op medisch gebied sprake was van wisselwerking tussen Nederland en de tropen, dan was dat wisselwerking tussen Nederland en de door Europeanen bemande, in de tropen gevestigde instituten.²⁷ Haneveld relateerde op grond hiervan het grote succes op sociaal-hygiënisch terrein van het medisch beleid op de Nederlands-Indische plantages, met de woorden 'dat in alle artikelen, rapporten en verslagen [...] nooit ter sprake kwam [...] wat de koelies van alle besproken maatregelen [...] dachten'.²⁸

Het mantrisysteem

De Dienst Volksgezondheid koos voor zijn medisch werk voor een kleine groep goed opgeleide artsen. De STOVIA en haar voorgangers hadden ruim zevenhonderd inlandse en Indische artsen afgeleverd, die de medische verantwoordelijkheid moesten dragen voor een bevolking van zestig à zeventig miljoen zielen.²⁹ Dit leidde tot de vraag of die strategie van een klein, maar goed opgeleid aantal artsen wel de juiste was geweest. Was het niet beter geweest de eisen omlaag te schroeven en de opleiding kort te houden, zodat er meer en goedkopere artsen zouden zijn gekomen?

Dit was ook de strategie die in veel andere tropische landen was toegepast. Maar, zo merkte de oud-hoogleraar aan de Geneeskundige Hogeschool in Batavia De Langen in 1948 op, in India was dat op een totale chaos uitgelopen. Volgens hem was het goed opleiden van een klein aantal artsen toch de juiste weg geweest, mits die werden bijgestaan door een groot aantal lagere personeelsleden, onder wie verplegers, verpleegsters en laboranten.

Dat was in Indië met het mantrisysteem inderdaad het geval. 'Een dergelijk goed corps van hulppersoneel, gecontroleerd door een eveneens goed corps van volledig opgeleide artsen, zal tot een harmonisch geheel kunnen worden ontwikkeld en voor Indië het heilzaamst zijn.'³⁰ Hierbij moest scherp in de gaten worden gehouden dat Indië het meest gebaat was bij preventie en niet bij curatieve geneeskunst, aldus De Langen.

Men legt zo graag de nadruk op veel policlinische en clinische geneeskundige hulp, als zou men daardoor het volk het meest effectief helpen. Maar wat geeft het, wanneer men hun kinine geeft en zij worden in hun omgeving onmiddellijk opnieuw besmet; wat geeft het of men wat wonden verbindt en scabies behandelt, wanneer zij terstond terugvallen in hun onhygiënische levensomstandigheden en een paar weken later weer in dezelfde toestand zijn gekomen? Deze policlinische hulp, ook door film en photo's tot een sentimentsfactor opgeschroefd, draagt toch veelal slechts een symbolisch karakter. De ware hulp zit in de praeventie en de prophylaxis.³¹

Juist vanwege die preventie en profylaxe, die aan de hogeschool dan ook meer nadruk kregen dan in de verder vergelijkbare opleiding in Nederland, was het nodig dat de arts degelijk werd opgeleid en bijgestaan door een grote hoeveelheid hulppersoneel. Alleen dan kon een goede uitvoering worden gegarandeerd. Terugblikkend in 1948 oordeelde De Langen: 'Deze weg heeft de opleiding van artsen in Indonesië gevolgd en wij zijn ervan overtuigd dat dit de juiste is.'³²

In datzelfde jaar 1948 keek ook een andere tropenarts, W. Kouwenaar, terug op zijn tijd in de archipel en het daar opgezette medische systeem, vooral dat in de arbeidersgemeenschappen in Oost-Sumatra. De resultaten van het geneeskundige werk daar waren altijd als zeer goed gekenschetst, en volgens Kouwenaar niet zonder reden. De sterfte onder de ondernemingsarbeiders (mannen en vrouwen van ongeveer 20 tot 55 jaar) was rond 1900 vijf procent of hoger geweest, afhankelijk van epidemieën. Als de cholera toesloeg kon de sterfte zelfs tot vijftien procent oplopen. In 1908 was dat percentage reeds tot anderhalf gedaald, terwijl het in de jaren dertig lager dan één procent was. Ook volgens Kouwenaar betekende dit dat de Indische volksgezondheid vooral was gebaat bij preventie van ziekten. Bovendien toonde het aan dat 'in een ordelijke gemeenschap met een goed georganiseerde en actieve medische dienst binnen de keurkringen een gezondheidspeil van Europees karakter' kon worden bereikt, en dat klimaat als primaire oorzaak van ziekte en dood had afgedaan.³³

Aan de ene kant was deze nadruk op preventie een professionele keuze, omdat het medisch gezien tot het beste resultaat zou leiden. Maar aan de andere kant was deze strategie natuurlijk ook – en wellicht zelfs bovenal – een door de sociaal-economische omstandigheden afgedwongen keuze. Het land was te immens en te onherbergzaam voor een wijdvertakt systeem van curatieve ziekenhuiszorg. De afstanden die soms moesten worden afgelegd voordat men een (poli)kliniek had bereikt, waren te groot. Die tocht was, zeker voor kinderen en ouderen, soms al te zwaar voor één keer, laat staan voor een dagelijks terugkerende behandeling. Dus was ziekenhuisopname vaak de enige weg, ook als de ziekte of verwonding op zich daar geen aanleiding toe gaf. Dat vereiste echter zoveel goed uitgeruste ziekenhuizen dat het economisch onhaalbaar was. Ook zou het aantal artsen dan met meer dan het tienvoudige moeten toenemen. En het salaris van die artsen zou de draagkracht van hun patiënten te boven gaan.³⁴

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Volgens de arts J. Offringa in 1948 moest daarom 'de zegetocht der Westerse geneeskunde met grote omzichtigheid worden voortgezet, daar ze ons stelt voor moeilijkheden van financiële, sociale en oeconomische aard, zo groot en zo ernstig van betekenis' dat een apart systeem moest worden opgezet: het Djocja- of mantrisysteem. Volgens dat systeem werd een groot aantal mensen tot hulpkracht opgeleid van een beperkt aantal artsen – slechts een handvol in verhouding tot de totale bevolking en zeker in vergelijking met wat in het Westen als normaal werd gezien. Die hulpkrachten waren afkomstig 'uit de massa van het volk, die niet te veel hebben geleden van Westerse cultuurinvloeden, niet vervreemd zijn van eigen volk, die eenvoudig van hart gebleven, zich kunnen inleven in de nood en de behoeften van het eenvoudige volk'.³⁵ Dit systeem was het meest geschikt voor de Indiëse samenleving. En dus niet omdat, zoals Offringa nogmaals benadrukte, 'half opgeleide krachten' goed genoeg waren voor de autochtone bevolking, maar 'in het volle bewustzijn dat dit volk er voor het ogenblik het best mee gediend was in oeconomische en sociale zin'.³⁶

We zullen zien dat het hierdoor een systeem was dat veel weg had van latere 'antikoloniale' medische systemen als *primary health care*. Het werd weliswaar opgezet vanuit het idee dat koloniale overheersing en Westerse geneeskunde een zegen waren voor het volk, en het was weliswaar een systeem voor, maar niet door het volk. Maar desondanks leek het in zijn praktische uitwerking van preventie, hygiëne en lokale zorg door plaatselijke hulpkrachten op latere *primary health care*-systemen.

2 De oprichting van de NVTG

Mislukte vorming van internationale vereniging

De NVTG kwam tot stand in een tijd dat zich niet alleen medisch, maar ook politiek de nodige veranderingen voltrokken. Het was een periode van grote koloniale expansie. De oprichting had plaats kort voordat de Atjeh-oorlog officieel ten einde liep – al werd het er nooit echt rustig – en een jaar nadat Bali was onderworpen met de vijfde, zeer bloedige expeditie. Dat gebeurde in het kader van de ethische politiek, die voorschreef dat aan de Indische bevolking de verworvenheden van de Westerse beschaving niet mochten worden onthouden. Die koloniale expansie was niet alleen een Nederlandse zaak. Omstreeks 1900 was in Azië en Afrika sprake van een sterke gebiedsuitbreiding door veel Europese landen.

Maar ook medisch was het een tijd van verandering. De ene uitvinding na de andere werd wereldkundig gemaakt, met name op het gebied van de microbiologie. Ook de tropische geneeskunde plukte daar de vruchten van. Niet alleen Robert Koch was internationaal befaamd, tropengeneeskundigen als Manson en Ross waren dat eveneens. En ook Eijkman – die een van de prominentste NVTG-leden werd – had een faam die de landsgrenzen overschreed, ook al voordat hij de Nobelprijs kreeg. Door de groeiende kennis over bacteriologie en vitamineleer kreeg men behoefte aan verder onderzoek. Men liep bovendien aan tegen een tekort aan behandelingsmogelijkheden voor patiënten, zodat het gemis aan een opleiding tot tropenarts zich steeds meer deed voelen. In 1914 werd daarom de Leidsche Vereniging tot Bevordering van de Studie der Tropische Geneeskunde in het leven geroepen en kwamen er opleidingen in zowel Amsterdam als Leiden-Rotterdam.³⁷

De combinatie van zowel medische als politiek-militaire successen leidde in heel Europa tot een groeiende belangstelling voor tropische geneeskunde. In 1900 resulteerde dit in Hamburg in een combinatie van ziekenhuis, onderzoeksinstituut en havengezondheidsdienst: het Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, later naar de oprichter Bernhard-Nocht-Institut genoemd. Het zou een lichtend voorbeeld worden voor veel Nederlandse artsen. Vooral de uit Indië teruggekeerde medici en de artsen die met verlof waren, bezochten het instituut en verrichtten er soms zelfs onderzoek. In Frankrijk kreeg Bordeaux een vergelijkbare instelling.³⁸ In België werd in 1906 een School voor Tropische Geneeskunde opgericht door de ‘onafhankelijke’ staat Congo en daarmee door koning Leopold II, de persoonlijke eigenaar van dat immense land. Het doel ervan was dokters die naar Afrika wilden vertrekken, te onderwijzen in pathologie en tropische hygiëne. Dat dit gebeurde op instigatie van de koning, geeft aan dat bekommernis met de plaatselijke bevolking nauwelijks de drijfveer was om de school op te richten. De gedachte was eerder dat de opleiding zou bijdragen aan versterking van de positie van de Belgen die in Congo werkten, zodat de exploitatie van het land nog beter en efficiënter kon plaatsvinden.³⁹

Door deze activiteiten en medisch-wetenschappelijke successen kreeg men behoefte aan meer onderling contact op het terrein van de tropische geneeskunde. Voor de medici die op dit terrein werkzaam waren, fungeerden vooral de almaar toenemende onderzoeks-

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



A. van der Scheer (Fotocollectie Tropenmuseum)

resultaten als drijfveer hiervoor. Zoals de eerste voorzitter van de NVTG, A. van der Scheer (1864-1938), het later formuleerde, vloeide de behoefte aan uitwisseling vooral voort uit de omvang van de studie naar tropische ziekten en de resultaten die 'zooveel belooven voor de gezondheid van den inboorling, zoowel als voor die der bewoners der gematigde luchtstreek, die in steeds grooter aantal de tropische zône als tijdelijke verblijfplaats gaan opzoeken'. Er werd weliswaar aandacht aan tropische geneeskunde besteed op de Internationale Congressen voor Hygiëne en Demografie, maar, zo vervolgde Van der Scheer (wiens naam nog voortleeft in de Van der Scheerse koorts, beter bekend echter als dengue), 'de eigenlijke tropische geneeskunde bleek op zulke algemeene congressen [...] niet tot haar recht te komen'. Vandaar dat het idee werd geopperd een Internationale Vereeniging voor Tropische Geneeskunde in het leven te roepen.⁴⁰

Op 27 september 1907 werd tijdens het 14e Internationale Congres voor Hygiëne en Demografie in Berlijn op een speciale bijeenkomst het initiatief genomen. Het doel van de internationale vereniging moest zijn 'het tot elkaar brengen van vereenigingen voor tropische geneeskunde uit verschillende landen, om gedachtewisseling van deze vereenigingen onderling uit te lokken'. Daartoe zou elke drie jaar een congres voor tropische geneeskunde worden gehouden. Het bestuurscomité bestond voorlopig uit twee vertegenwoordigers van elk land. De vergadering werd door veel medici uit verschillende landen bijgewoond die, aldus Van der Scheer, allen enthousiast waren. Bovendien betuigden diverse niet-aanwezigen hun instemming. Voorzitter van de vereniging in oprichting werd Manson.⁴¹

Onder de aanwezigen in de Duitse hoofdstad was ook de Nederlandse tropenarts W.Th. de Vogel, enkele jaren later hoofd van de Dienst Volksgezondheid in Indië, die als medisch adviseur van het ministerie van Koloniën het congres bijwoonde. Bij de rondvraag bleek dat 'in sommige landen met min of meer aanzienlijk koloniaal bezit de aaneensluiting der tropenartsen nog geheel ontbrak, terwijl merkwaardigerwijze dit in landen als Griekenland en Bulgarije wel geschied was'. Ook Nederland had nog geen vereniging, al sloeg Nederlands-Indië 'een goed figuur' met zijn midden negentiende eeuw opgerichte Vereeniging tot de Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen.⁴² Maar dat alleen was niet voldoende, aldus NVTG-voorzitter A.W. Nieuwenhuis in een terugblik uit 1917, en De Vogel was dan ook volkomen terecht naar Berlijn afgereisd. Hij had begrepen 'dat *de koloniale Nederlanders daarbij niet mochten ontbreken*, en hoewel er in Nederland geen vereeniging van artsen uit de tropen bestond, nam hij toch uit hun naam aan het internationale lichaam deel en nam hij de verplichting op zich zulk een vereeniging tot stand te brengen'.⁴³

Het succes van de Berlijnse bijeenkomst is voornamelijk gelegen in de stimulans die ervan uitging voor de oprichting van nationale verenigingen. Duitsland ging nog tijdens

het congres tot de vorming van een vereniging over. Nog in hetzelfde jaar volgden, behalve Nederland, ook Frankrijk en Groot-Brittannië. Van die laatste vereniging was wederom Manson voorzitter, terwijl Ross vice-voorzitter was.

Van een internationale vereniging zou het echter niet komen; zo groot was de geest van internationalisme uiteindelijk niet. Er werd in 1908 alleen nog een vergadering gehouden in Londen, de zetel van de internationale vereniging in oprichting, om haar statuten vast te stellen. De Fransman C.L.A. Laveran, die in 1880 de relatie tussen protozoa en malaria had ontdekt, loste Manson als voorzitter af. Laveran had een jaar eerder de Nobelprijs voor de fysiologie gewonnen. De helft van het geld had hij besteed aan het opzetten van het Laboratorium voor Tropische Geneeskunde aan het Franse Pasteur Instituut. Behalve delegaties uit Groot-Brittannië en Nederland – met als vertegenwoordigers Van der Scheer en de officier van gezondheid van de marine H.H. Lorentz – gaven ook artsen uit Amerika, Duitsland en Frankrijk acte de présence op het Londense oprichtingscongres.⁴⁴

Tekenend voor het echec van de internationale vereniging was echter dat een reeds gepland congres in Boedapest in 1910 geen doorgang vond. Dat werd de NVTG niet meegedeeld, terwijl zij wel twee afgevaardigden had gezonden. 'Eerst na heel wat geschrijf onzerzijds kwam er een brief met verontschuldiging over het gepleegde verzuim.'⁴⁵ Het congres in Boedapest vloeide voort uit de Berlijnse afspraak iedere drie jaar een internationaal congres te houden. Eerst werd de bijeenkomst uitgesteld, maar uiteindelijk werd er niets meer van vernomen. Ook in de jaren daarna kwam er 'door onverklaarbare oorzaken' niets van internationale congressen terecht, aldus W.A.P. Schüffner, op dat moment NVTG-voorzitter, in een terugblik uit 1932. Het sprak vanzelf dat vervolgens 'de wereldoorlog den onderlingen band der beoefenaars der tropische geneeskunde geheel verbrak'.⁴⁶

De pogingen tot meer internationale uitwisseling te komen over tropische geneeskunde vormden ook in Nederland de aanleiding voor de oprichting van een nationale vereniging. Maar volgens Van der Scheer is daarmee niet het hele verhaal verteld. Ook zonder die aanleiding zou een dergelijke vereniging zijn ontstaan, omdat '*Nederlands positie als koloniale mogendheid* een achterblijven van onze geneeskundigen bij de onderlinge samenwerking op tropisch geneeskundig gebied niet gedoogde'. Dat verklaarde het enthousiasme voor de oprichting, net als het daaruit voortkomende 'feit, dat hier te lande behoefte gevoeld werd aan meerdere onderlinge aaneensluiting en samenwerking ook *op vaderlandschen bodem zelven*'.⁴⁷

Het begin van de NVTG

Na terugkomst uit Berlijn bezocht De Vogel begin oktober 1907 zijn collega A.W. Nieuwenhuis, voormalig officier van gezondheid op Borneo en op dat moment hoogleraar etnologie in Leiden. Hij stelde hem de vraag of er niet ook in Nederland een medisch-tropische vereniging in het leven moest worden geroepen. Nieuwenhuis stemde in en zij besloten 'aan zooveel mogelijk geneesheeren welke de tropische geneeskunde beoefenen of hadden beoefend een circulaire [toe te zenden] om over de oprichting te beraadslagen'.⁴⁸ Dit leidde op 8 december 1907 tot een bijeenkomst in Den Haag van 37 artsen met belangstelling voor tropische geneeskunde. De instemming met De Vogels initiatief bleek algemeen, want zij spraken allemaal de wens tot stichting uit en traden ook meteen toe. Bovendien lagen er schriftelijke steunbetuigingen van nog eens vijftien artsen, die niet op de vergadering aanwezig konden zijn.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Er kwam een voorlopige commissie, bestaande uit H.J. Kessler, H.B. van Buuren en Van der Scheer, die de concept-statuten ging opstellen. Die werden in de volgende vergadering besproken waarbij meteen een eerste bestuur werd gekozen.⁴⁹ Dat vijfkoppige bestuur ging bestaan uit Van der Scheer (voorzitter), Kessler (secretaris), Van Buuren, Nieuwenhuis en J. Noordhoek Hegt.⁵⁰ Van Buuren en Noordhoek Hegt verlieten het bestuur al snel en werden vervangen door L.J. Hoogkamer, die penningmeester-bibliothecaris zou worden, en J.F. Langenbergh die Kessler als secretaris zou aflossen. Hij werd, als opvolger van Nieuwenhuis, tevens vertegenwoordiger van de vereniging bij de medische commissie van het Koloniaal Instituut en curator van de daar gevestigde leerstoel tropische hygiëne. Het secretariaatsadres van de vereniging werd Van Galenstraat 70 in Den Haag.

De prominente plek die Van der Scheer in de beginperiode innam – en die hem in 1917 als eerste het erelidmaatschap van de vereniging zou opleveren – maakt dat hij samen met De Vogel en Nieuwenhuis als de *founding fathers* van de vereniging te boek kan worden gesteld. Maar Nieuwenhuis concludeerde later met recht dat de NVTG niet was ontstaan ‘door de opwelling van een enkel persoon’, maar door ‘de behoeften van het oogenblik’. Zij was onderdeel van ‘een veel grootter maatschappelijk geheel’, al was het natuurlijk wel zo dat zonder het ijveren van enkelen het nooit zover was gekomen.⁵¹

De statuten kwamen gereed in 1908, met als belangrijkste onderdeel de artikelen 1 en 3.

Artikel 1

De Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde stelt zich ten doel de bevordering van de studie der tropische geneeskunde en aanverwante wetenschappen; en de oplossing der vraagstukken die daarmede in verband staan.

Artikel 3

Zij tracht haar doel te bereiken onder andere door:

- a de zich hier te lande bevindende beoefenaars dier wetenschappen tot elkaar te brengen ter bespreking van verschillende onderwerpen, daarop betrekking hebbende;*
- b het uitlokken van wetenschappelijke onderzoekingen;*
- c het uitnoodigen van autoriteiten tot het houden van voordrachten;*
- d het in ruimere kring bekend maken van Nederlandsche publicaties op tropisch-geneeskundig gebied door het doen vertalen in een vreemde taal, en ze uit te geven;*
- e aansluiting te verkrijgen bij de Internationale Vereeniging voor tropische geneeskunde en zich op hare congressen te doen vertegenwoordigen;*
- f het stichten en in stand houden eener bibliotheek.⁵²*

Het doel van de vereniging was dus uitdrukkelijk niet het uitvoeren van medisch werk in de tropen zelf.⁵³

Nationalisme boven internationalisme

De statuten zouden pas in 1919 – toen ze al een keer een verandering hadden ondergaan – koninklijke goedkeuring krijgen. Het ledental van de vereniging was toen de honderd gepasseerd,⁵⁴ waarna het lange tijd ongeveer op dat niveau bleef. De leden waren natuurlijk merendeels artsen, maar er zaten ook enkele beoefenaars van aanverwante vakken tussen, zoals diergeneeskundigen en biologen.⁵⁵ De eerste honderd leden waren vrijwel

allen uit Den Haag en omstreken afkomstig, al woonden er ook enkelen in Indië. Maar na verloop van tijd werd de NVTG werkelijk een landelijke vereniging. Vanaf toen werden de jaarlijkse vergaderingen, die de eerste decennia altijd in Den Haag plaatsvonden en waar meestal wetenschappelijk onderzoek en klinische casuïstiek werden besproken, ook in andere plaatsen in het land gehouden.⁵⁶

Aangezien tropische geneeskunde geen afgeperkt specialisme was (en is), maar een verzameling van allerlei specialismen, was ook het ledenbestand een bonte mengeling. Er zaten ondernemingsartsen bij van 'onze Oost- en West-Indische bezittingen', artsen van diverse stoomvaartmaatschappijen, alsmede leger- en marineartsen die immers met regelmaat in Nederland op verlof waren. En dan waren er nog de tropenartsen die weliswaar definitief naar Nederland waren teruggekeerd, maar die belangstelling bleven koesteren voor alles wat met tropische ziekten samenhang. Het ontbrak hen echter aan de mogelijkheid tot wetenschappelijk en casuïstisch overleg, een leemte waar de vergaderingen van de vereniging in gingen voorzien.

Volgens de statuten wilde de vereniging assisteren bij het verwezenlijken van plannen voor studie of onderzoek van tropenartsen op verlof. Aangezien de mogelijkheden daarvoor bij de Nederlandse universiteiten uitermate klein waren, moest daarvoor het buitenland worden opgezocht. Ook wilde de vereniging een bibliotheek opzetten op tropisch-geneeskundig gebied. Daarvoor werd de hulp ingeroepen van het in 1896 opgerichte Nederlandse wetenschapshistorische tijdschrift *Janus*, waar bestuurslid Nieuwenhuis redacteur van was. Dit blad stelde ruilabonnementen ter beschikking. En verder wilde de vereniging, eveneens in samenwerking met *Janus*, oorspronkelijk in het Nederlands verschenen wetenschappelijke verhandelingen publiceren in het Engels, Duits of Frans, en ook buitenlandse artikelen in het Nederlands laten vertalen. En al lukte dit laatste slechts mondjesmaat en werd ook de bibliotheek geen groot succes,⁵⁷ de vereniging voorzag duidelijk in een behoefte. Als tekenend daarvoor zag Van der Scheer het dat zich voor de eerste wetenschappelijke vergadering, in oktober 1908, 'niet minder dan vijf leden voor het houden eener wetenschappelijke voordracht hadden aangemeld, waarvan een gedeelte uit gebrek aan tijd' naar latere bijeenkomsten moest worden verschoven.⁵⁸

Dit schreef Van der Scheer in 1909 in een fors, in het *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië* gepubliceerd artikel. Daarin deed hij uitgebreid verslag van de eerste wederwaardigheden van de vereniging, in een poging haar bekender en geliefder te maken bij de artsen die in Indië werkzaam waren. Hij noemde in zijn bijdrage 'de steeds toenemende belangstelling' voor tropische geneeskunde rond 1900 als de 'indirecte aanleiding' voor de oprichting van de NVTG. Er waren 'gewichtige en opzienbarende ontdekkingen' gedaan op het gebied van tropische of in de tropen welig tierende ziekten, zoals malaria, dysenterie en gele koorts. Het toonde aan dat op dat onderzoeksterrein van 'een gouden tijd' kon worden gesproken.

*Protozo-achtige lichaampjes, voor eenige tientallen jaren in de pathologie van den mensch schier onbekend, werden voor tal van tropische ziekten als oorzaak herkend; insecten die men vroeger hoogstens als ongevaarlijke plaaggeesten in het tropische klimaat had beschouwd, leerde men kennen als bemiddelaarsters, welke ettelijke dier ziekten op een wijze, zooals die vroeger nooit was vermoed, van mensch op mensch of dier op dier, soms ook van dier op mensch overbrachten.*⁵⁹

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Maar daarbij zou het niet blijven, aldus Van der Scheer. Die ontdekkingen vormden voor veel wetenschappers een belangrijk uitgangspunt voor verder onderzoek, dat het daadwerkelijk bestrijden van tropische ziekten moest gaan vergemakkelijken. Verder kreeg de vergelijkende pathologie van tropische ziekten – ‘verspreid als zij [voorkomen] over verschillende wereldstreken en onder heterogene mensenrassen, die binnen de heete zône wonen’ – steeds meer belangstelling. Dit gold ook voor het vergelijken van diverse mensenrassen ‘onder verschillende klimaatsinvloeden verkeerende’. En bovendien mocht van de studie naar ‘verschillende exotische vergiften en geneesmiddelen nog menig belangrijk resultaat worden verwacht’.⁶⁰

Van der Scheer had in eigen ogen een goede reden om zijn artikel te schrijven. Nederland was immers een speciaal geval, al was het dan niet het enige land waar in die tijd een vereniging voor tropische geneeskunde tot stand kwam. Maar Nederland had volgens Van der Scheer wél ‘de eer’ met de Vereniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië te beschikken over ‘de oudste tropische vereniging op geneeskundig gebied’ ter wereld. En dus was, toen De Vogel met zijn voorstel kwam, de vraag gesteld of er nog wel behoefte bestond aan een vereniging in Nederland zelf. Was het niet verstandiger een Nederlandse onderafdeling op te zetten van de Nederlands-Indische vereniging?⁶¹ Die optie zou zeker voordelen hebben gehad. Dan hoefden velen geen lid te worden van twee aparte verenigingen die vrijwel identieke doelen hadden en ook nog eens zetelden in hetzelfde koninkrijk, al lagen de domicilies dan bijna een halve aardbol van elkaar verwijderd. Maar juist in die geografische afstand lag meteen het grootste bezwaar tegen de constructie van louter een Nederlandse onderafdeling, aldus Van der Scheer:

*Met het oog op de samenstelling der statuten der Internationale Vereniging, waarbij wij behooren te worden vertegenwoordigd, [was] de oprichting urgent [...] en [was] het te voorzien [...] dat de gedachtenwisseling over dit onderwerp met het bestuur der Nederlandsch-Indische Vereniging tot zoo tijdroovende correspondentie tusschen de ver verwijderde landen, waarschijnlijk ook tot niet minder tijdroovende statutenwijziging aanleiding zoude geven, dat wij niet op tijd gereed zouden komen.*⁶²

Vooral de druk die uitging van de voorgenomen totstandkoming van een internationale vereniging gaf dus de stoot tot de oprichting van een aparte Nederlandse organisatie. Maar vervolgens kwam dat internationale verband helemaal niet van de grond. Dit gooide echter geen roet in het eten. Die internationale vereniging zou hooguit een prettige bijzaak zijn geweest voor de Nederlandse artsen die lid werden van de NVTG. Het ging hen voornamelijk om onderling Nederlands contact en om het opzetten van onderwijs- en onderzoeksmogelijkheden in Nederland zelf. Een laboratorium moest er komen, een cursus tropische ziekten en een bibliotheek. De STOVIA-opleiding en de bedden in het hospitaal van Weltevreden waren zeker niet zonder belang, maar het moederland zelf moest ook van zich doen spreken. Nederland zou anders achterop raken, zo vreesden de initiatiefnemers van de NVTG. De laatste ontdekkingen op medisch-tropisch gebied waren ‘niet door Nederlanders’ gedaan, en bovendien had zelfs Hamburg een prachtig instituut terwijl Duitsland pas sinds een paar decennia in het bezit van koloniën was. Daar moest toch snel iets aan gedaan worden.⁶³

Wederom dus: nationalisme boven internationalisme, iets wat in 1919 nogmaals naar voren kwam toen medewerkers van de afdeling Tropische Gezondheidsleer van het Kolo-

niaal Instituut met succes bij het bestuur bepleitten om experimenteel psychologisch onderzoek onder de bevolking van Nederlands-Indië te ondersteunen.

Invloed op wetenschap en gezondheidsbeleid

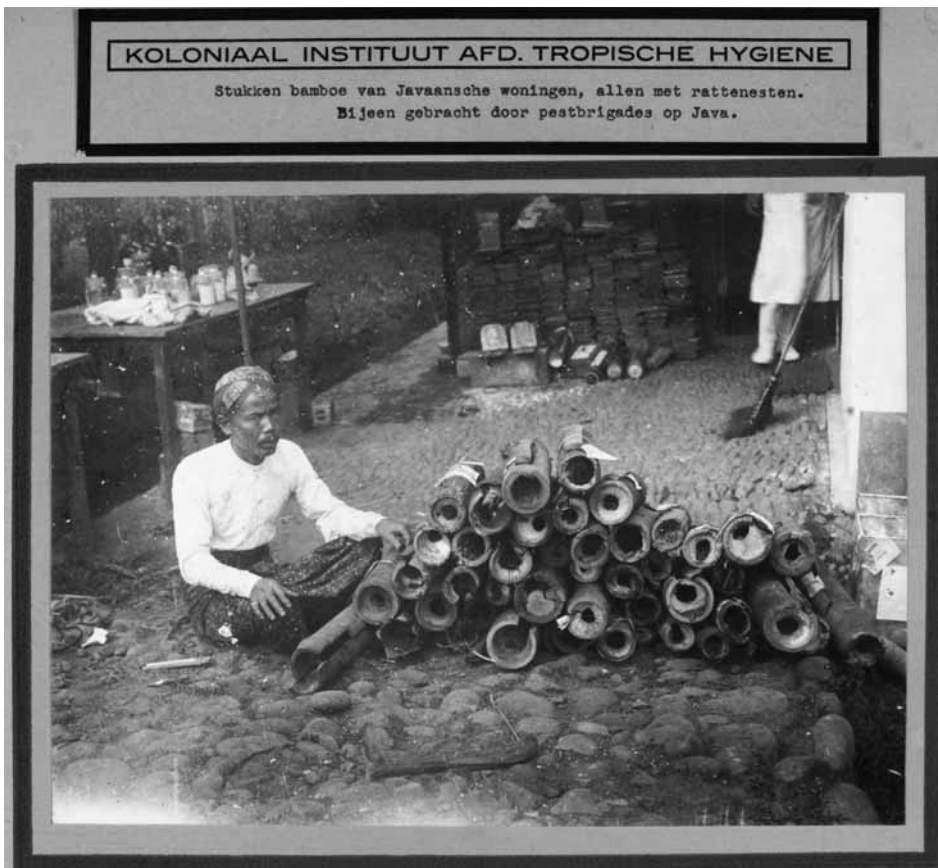
Dat het de artsen bij hun lidmaatschap van de NVTG vooral ging om het onderlinge contact en de uitwisseling van inzichten en ervaringen, had zijn weerslag op de sfeer. Behalve een wetenschappelijke functie vervulde de vereniging ook een sociale rol.⁶⁵ Volgens J.P. Verhave, bezielend lid van de latere NVTG-werkgroep Geschiedenis Tropische Geneeskunde, was dat zelfs de voornaamste functie. Natuurlijk was de vereniging bedoeld als een forum voor de presentatie van wetenschappelijk onderzoek en klinische casuïstiek. Maar, zo schreef Verhave in ongepubliceerde historische aantekeningen, het hoofddoel was toch om de mensen die, al dan niet tijdelijk, vanuit Nederlands-Indië terug waren in Nederland, met elkaar in contact te brengen en hun de gelegenheid te bieden hun tijd nuttig te besteden.⁶⁶

Dit neemt niet weg dat iedere vergadering van de vereniging een wetenschappelijk gedeelte kende. Daardoor groeide het aantal publicaties over tropische geneeskunde in Nederlandse medische tijdschriften flink. Natuurlijk was dit ook het gevolg van de stichting van de Leids-Rotterdamse en Amsterdamse medisch-tropische scholen die ieder hun publicaties kenden, bijvoorbeeld in het blad *Acta Leidensia*. Maar ook het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* ging hier veel meer over publiceren. Het register van dit vakblad telde in de jaren 1857 tot 1906 slechts twee bijdragen over tropische geneeskunde; in de kwart eeuw vanaf de stichting van de vereniging waren het er maar liefst zo'n 250. Dit effect is direct op de oprichting van de NVTG terug te voeren. Allereerst vielen de vergaderverslagen van de vereniging die altijd in dit blad werden afgedrukt, binnen deze categorie. Maar bovendien hadden die vergaderingen altijd een wetenschappelijk gedeelte met vaak meerdere bijdragen, waarvan eveneens een verslag in het tijdschrift verscheen.⁶⁷

Door zijn redacteurschap van het wetenschapshistorische blad *Janus*, waaraan naast Patrick Manson ook artsen waren verbonden zoals de nog te noemen J. Haga, C.L. van den Burg en H.F.A. Peypers, was het vooral Nieuwenhuis die werkte aan vertalingen van vergaderverslagen en van belangwekkende Nederlandse artikelen over tropische geneeskunde. De achterliggende bedoeling was 'meer aansluiting te krijgen, onder andere bij de Duitse vereenigingen, dan tot nu toe het geval was'. Die laatste opmerking sloeg op het feit dat de NVTG niet in kennis was gesteld van vergaderingen van Duitse tropenartsen in Dresden en Hamburg, terwijl juist aansluiting bij de Duitse tropische geneeskunde zeer op prijs werd gesteld. Daarvan werd meer nut verwacht 'dan van ons lidmaatschap der Internationale Vereeniging voor Tropische Geneeskunde, waarin het Engelsche element te veel domineert'.⁶⁸ Dit was een uiting van de op Duitsland geörienteerde houding van de Nederlandse geneeskunde voor de Tweede Wereldoorlog en van de algemeen gedeelde afkeer van Groot-Brittannië in de jaren na de Boerenoorlog in Zuid-Afrika.

De NVTG onderhield van meet af aan banden met medische en wetenschappelijke instituten in zowel Nederland als Nederlands-Indië. Wat Nederland betreft zou het later vooral gaan om contacten met de nog te bespreken opleidingen voor tropische geneeskunde in Leiden-Rotterdam en Amsterdam. En in Nederlands-Indië hield men nauw voeling met de pathologische laboratoria in Batavia en Medan, de diverse medische opleidingen, het Pasteur Instituut in Batavia en later in Bandung, het Militair Geneeskundig Laboratorium in Batavia en de gewestelijke laboratoria van de Dienst Volksgezondheid.⁶⁹

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Woningverbetering in het kader van de pestbestrijding (Fotocollectie Tropenmuseum)

De wetenschappelijke bijdragen uit de boezem van de vereniging kenden hun conjunctu-rele, door de Indische praktijk beïnvloede aandachtsvelden. Het gegeven dat daadwerkelijke medische zorg in Indië niet het doel van de vereniging was, betekende immers niet dat die zorg haar aandacht niet had. De vereniging gaf daarom al vanaf het begin gevraagd en ongevraagd advies aan de diverse ministers van Koloniën en aan het gouvernement in Nederlands-Indië. Dit advieswerk nam eind 1908 een aanvang, toen men erop aandrong serieus werk te gaan maken van de leprabestrijding, vooral door lepralijders te isoleren. Uit de argumentatie daarvoor komt reeds naar voren dat ook het werk van de NVTG als koloniale geneeskunde moet worden gekenschetst. Die isolatie was namelijk volgens de vereniging niet alleen nodig in het algemeen belang, maar ook omdat het een voorwaarde was 'der Deli-planter voor het oprichten van particuliere leproserieën'.⁷⁰ In 1911 stelde de vereniging een commissie in voor lepraonderzoek in Nederland, met als voorzitter de nog ter sprake komende officier van gezondheid J. Haga.

Ook de pestepidemie op Java in de jaren 1910 kreeg de nodige wetenschappelijke aandacht van de toen nog jonge vereniging. Bij de minister van Koloniën drong men aan op een krachtdadig optreden. De vereniging liet een rapport samenstellen door onder meer Kessler en N.H. Swellengrebel (1885-1970), de latere bekende parasitoloog en directeur

van het Instituut voor Tropische Hygiëne in Amsterdam van 1944 tot 1955.⁷¹ In het vergaderslag van 1 april 1914 stond over dat rapport te lezen dat daarvoor 'uitsluitend gebruik [was] gemaakt van officiële gegevens berustende bij het departement van Koloniën. Voor de welwillendheid van den minister brengt spreker [voorzitter A.W. Nieuwenhuis] zijn dank uit.' Swellengrebel's handtekening ontbrak echter onder het rapport. Hij had zich 'na het vaststellen van dit rapport teruggetrokken uit de commissie'.⁷² Hij en enkele andere deskundigen konden zich niet ermee verenigen dat het rapport de rattenverdelging op de voorgrond plaatste en de woningverbetering pas op de tweede plaats stelde.⁷³ Zo werd in het rapport opgemerkt:

*Door de woningverbetering zijn, waar deze met groote zorg en in groote complexen tegelijk geschiedde, de ratten in die verbeterde woningen wel verminderd, althans in den eersten tijd nadat de verbetering was voltooid, maar eruit verdwenen zijn zij niet.*⁷⁴

De commissie kwam al met al tot de conclusie dat 'de tot dusver gevolgde bestrijdingswijze, al is die met ernst en toewijding toegepast, niet tot het doel heeft geleid'. Het was volgens de commissie dweilen met de kraan open zolang de oorzaak van de mensenpest, te weten de rattenpest, niet afdoende werd bestreden. Alleen volledige uitroeiing van de ratten, zoals de Duitsers dat in Muansa hadden gedaan en de Fransen in Algiers, kon het verdwijnen van de mensenpest naderbij brengen.⁷⁵ Het rapport adviseerde daarom bijvoorbeeld tot het afperken van terreinen waar veel pestratten voorkwamen. Maar al was de reactie van de minister op zijn best lauw te noemen, de strijd tegen de rat werd toch actief ter hand genomen door de Dienst Volksgezondheid in Indië en bracht de eerder geciteerde Winckel tot lof op de dienst, omdat die het verbreken van de rat-vlo-mensketen tot speerpunt van de pestbestrijding had gemaakt. Daarbij speelde overigens de roep om woningverbetering toch weer een voorname rol. Die moest ervoor zorgen dat de afstand tussen de inheemse bevolking en de huisrat zo groot mogelijk werd. In 1934 volgde nog vaccinatie, vooral omdat het woningprogramma vertraging had opgelopen. Het idee van de gebiedsafperking kwam in 1924 nog eens terug in een Hansje-Brinkerachtig voorstel van een gouvernements-arts om de toenmalige pestepidemie te stuiten door het bouwen van een lange muur over Java inclusief strenge bewaking van de onvermijdelijke gaten.⁷⁶

Niet afgeschrikt door het achterwege blijven van ministerieel enthousiasme, wendde de vereniging zich in 1921 opnieuw tot de minister met het advies inenting tegen cholera en tyfus te bevorderen. Maar de reactie was nauwelijks bemoedigender te noemen. Ook nu weer reageerde de regering terughoudend op de wens tot medische interventie in Nederlands-Indië, waarbij een krappe kas steevast als argument naar voren werd geschoven.⁷⁷

Maar al die wetenschappelijke artikelen, voordrachten en activiteiten nemen niet weg dat zij toch de teller waren, terwijl de gezelligheid de noemer was. Terugblikkend in 1957 omschreef Winckel de vergaderingen in die tijd dan ook als samenkomsten van mensen 'die hun werkzaamheden in de tropen achter de rug hadden, afgezien van enige verlofgangers. [...] [Men krijgt] nu en dan de indruk binnengeleid te worden in een gezelschap, te vergelijken met oud-residenten, oud-gouverneurs en oud-generaals, die ter Witte Sociëteit herinneringen uit hun gouden tijd ophalen en ongezoeten kritiek uiten op hun voorgangers'.⁷⁸

Die sfeertekening van onderlinge gemoedelijkheid neemt niet weg dat bij sommige onderwerpen de gemoederen flink verhit konden raken. Dat was zeker het geval toen het opzetten van opleidingen voor tropenartsen op de agenda kwam: moest dat onderwijs in

Nederland of in Nederlands-Indië plaatsvinden? En als gekozen werd voor Nederland, was dan Leiden of Amsterdam de aangewezen plaats? Voor we die controverse bespreken, houden we eerst het ideeëngoed van enkele vooraanstaande NVTG-ers uit deze periode tegen het licht om het vermoeden van 'koloniale geneeskunde' te kunnen toetsen.

Het gedachtegoed van Nieuwenhuis

De eerste die aandacht verdient als we de ideeën van vooraanstaande NVTG-leden onder de loep nemen, is Anton Willem Nieuwenhuis. Hij was in 1890 als arts afgestudeerd en werd na een opvallende loopbaan als etnografisch onderzoeker op Borneo in 1904 in Leiden benoemd tot hoogleraar in de land- en volkenkunde van Nederlands-Indië. Het medisch beroep had hij toen al vaarwel gezegd. De etnologie en antropologie hadden hem in hun greep gekregen, zoals blijkt uit de titel van zijn inaugurale rede, *De levensvoorwaarden onder volken op hoogen en lagen trap van beschaving*. In die oratie liet hij er geen misverstand over bestaan dat hij de koloniale overheersing een zegen voor het Indische volk vond.⁷⁹

Het was een rede waarin Nieuwenhuis voortdurend een Westerse maatstaf hanteerde bij het bespreken van de levenswijze van andere volken, met name de Bahau Dajaks op Borneo. Die Westerse maatschappij achtte hij in hoge mate superieur en het idee 'dat de gemiddelde aanleg der onderscheiden menschenrassen oorspronkelijk dezelfde was', typeerde hij als 'volstrekt onbewezen'. De etnologie, die zich volgens hem tot een echt wetenschappelijke tak van de antropologie aan het ontwikkelen was, vond hij van groot belang omdat die een antwoord kon formuleren op de cruciale vraag 'waaraan het ligt dat het eene volk zich zoo merkbaar boven het andere weet te verheffen en wat het gevolg zal wezen van den invloed die het eene volk op het andere uitoefent'. Deze vraag vond Nieuwenhuis 'voor een koloniale mogendheid van hoog ethisch en praktisch belang'.⁸⁰

Volken op een lage ontwikkelingstrap ontbeerden volgens Nieuwenhuis de kennis die de hoog ontwikkelde volken zich in de loop der tijd hadden eigen gemaakt om de harde omstandigheden waarin zij leefden te kunnen verzachten. Zo was bij laag ontwikkelde volken het 'inzicht in de gevolgen hunner daden en hun begrip van causaliteit [...] hoogst gebrekkig'. Hierdoor konden zij onvoldoende profijt trekken van hun inspanningen, terwijl zij bovendien met die inspanningen zoveel energie verspilden dat dit 'tot achteruitgang, zelfs tot vernietiging van het organisme dat den strijd om het bestaan heeft vol te houden, leiden kan'. Voor het voldoen aan andere behoeften, zoals het zoeken naar betere levensvoorwaarden, bleef dan geen energie meer over.⁸¹ Zo verwonderde Nieuwenhuis zich hoge-lijk over de primitieve en weinig efficiënte wijze waarop de Dajaks hun grond bewerkten, hun vissen vingen, hun kleren maakten en hun huizen bouwden. Dat moest wel fout gaan.

Vooral op den arts, die in eene Europeesche omgeving is opgeleid en over eene zooveel grootere kennis der natuur en van den mensch beschikt, maakt het een diepen indruk wanneer hij zijn minder ontwikkelden medemensch zoo sterk ziet lijden door schadelijke invloeden die hij zelf als onwillekeurig heeft leeren ontwijken. Sterker dan ooit wordt hij ervan doordrongen welke aanzienlijke voordelen de menschheid aan zijne wetenschap verschuldigd is. Hij moge soms nog zoo weinig bevredigd zijn door zijne betrekkelijk zwakke kracht in het verdedigen van het menschelijk organisme tegen alle schadelijk

inwerkende invloeden en hij moge nog zoozeer overtuigd zijn dat zijne macht weinig evenredig is aan zijn wensch, waar het geldt den onafwendbaren ondergang van den mensch nog eene wijle te verschuiven, toch kan het niet anders of hij zal zijn eigen kunnen leeren zegenen, zoodra hij met oordeel des onderscheids van de toestanden kennis neemt, zooals die heerschen onder volken op een veel lageren trap van beschaving.⁸²

De Dajaks op Borneo werden volgens Nieuwenhuis ziek, omdat zij geen benul hadden van de eisen van het lichaam. En zij maakten zich van de oorzaken van ziekten voorstellingen 'die meer berusten op hunne verbeelding dan op eene nauwkeurige waarneming der werkelijkheid'.

Als gevolg hiervan maken zij zich ziek door onverstandige levenswijze, wenden verkeerde middelen aan om zich tegen de buitenwereld te beschermen. En wanneer zij ziek zijn geworden, dan zijn hunne pogingen om herstel te bevorderen slechts zelden rationeel.⁸³

Dit wilde natuurlijk allemaal niet zeggen dat er absoluut geen nadelen aan de Westerse beschaving verbonden waren, aldus Nieuwenhuis. In tegenstelling tot de 'natuurvölker' waren er bij de 'cultuurvölker' grote verschillen in welvaart ontstaan, waardoor de ene mens elke dag hard moest werken voor zijn brood, terwijl een ander zonder veel inspanning in overvloed kon zwelgen. Maar ook dat was eigenlijk weer een voordeel. Het werkte namelijk 'bij het individu als een prikkel om zijne beste krachten in te spannen, het even ver te brengen als zijn medemensch'. Deze prikkel was in het belang van de samenleving, al leidde de ermee gepaard gaande jaloezie vaak tot ondermijning van het individuele levensgeluk. Volgens Nieuwenhuis was het in de natuurvölker te waarderen dat zij zich veel makkelijker schikten in hun lot dan de Westerling, die vaak een grotere materiële voorspoed van de ander zag als de oorzaak van de eigen mindere welvaart en streefde naar het tenietdoen van dit verschil. Hierdoor waren zelfs de koppensnellende Dajaks minder tot ruzie geneigd dan beschaafde Westerlingen.

Op dit punt van zijn rede opende Nieuwenhuis de aanval op het gelijkheidsstreven van het toen sterk opkomende socialisme. Wanneer immers 'pogingen tot verbetering van sociale toestanden geleid worden door eene dergelijke onjuiste opvatting van de menselijke samenleving, dan is het gevaar zeer groot dat veel kracht in de verkeerde richting verspild en veel nuttelooze strijd tegen een verkeerden vijand gestreden wordt'.⁸⁴ In zijn slotwoord verbond hij zijn opvattingen over de levenswijze van de Dajaks met zijn kritiek op de manier waarop socialistische voorvechters in Nederland stredden voor een sociaal rechtvaardiger maatschappij.

Ik geloof dat men [...] zijnen medemensch een grooten dienst zou bewijzen door hem een beter inzicht te geven in den waren aard van zijn individueel bestaan, dat zoowel van de eigenaardigheden van zijn eigen persoon als van die zijner omgeving afhankelijk is, en dat men hem den levensstrijd kalmer en zijn arbeid vruchtbaarder maken zou door meer algemeen den overtuiging te vestigen dat de menschheid den toestand waarin zij verkeert, in den loop van duizenden jaren op eene overmachtige natuur veroverd heeft en dat daarom voor de menselijke samenleving in haar geheel door het drijven van enkelen niet opeens eene belangrijke verandering ten goede kan worden teweeggebracht.⁸⁵

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Expeditie, 1898-1900, in Midden Borneo, onder leiding van Nieuwenhuis, met stok, tezamen met Dajaks en KNIL-militairen (Fotocollectie Tropenmuseum)

Deze opvattingen zijn ook terug te vinden in het aanhangsel dat Nieuwenhuis in 1913 schreef bij een *Memorandum on the development of a centre of anthropological research in connection with the reorganisation of the Ethnographical Museum at Leiden*. Dit memorandum kwam tot stand in samenwerking met het bestuur van de Leidse universiteit. Veel voorwerpen in volkenkundige musea werden, zo schreef Nieuwenhuis, vooral gezien als kunstuitingen. Zij waren echter ook heel geschikt als objecten bij de studie naar het geestelijk vermogen van die volkeren, zoals hij tijdens zijn verblijf bij de Dajaks had geleerd. Vanuit 'een koloniaal standpunt' was dit van groot belang, omdat dan kon worden vastgesteld of zij 'voor hogere beschaving vatbaar' waren.⁸⁶

Het duurde echter elf jaar voordat Nieuwenhuis weer een echt ideologisch getinte voor-
dracht hield. In mei 1915 sprak hij over 'De geestelijke aanleg van normale mensen in den Nederlandsch-Indischen archipel', waarbij hij kwam 'tot de vrijwel algemeen ter vergadering gedeelde conclusie [...] dat de geestelijke aanleg van Maleijers niet minder is dan die van Europeanen'.⁸⁷ En weer twee jaar later gaf hij een lezing over geografische en volkenkundige gegevens in de hygiëne van Nederlands-Indië. In die lezing gaf hij de essentie weer van de manier waarop medisch heil over de archipel werd gebracht. Om het in hedendaagse termen te zeggen: van *informed consent* was niet echt sprake.

Waar het de hygiëne, de gezondheidstoestand eener menschelijke samenleving geldt, daar treden juist de bijzondere volkenkundige toestanden in dezen sterk op den voorgrond. In Nederland gevoelt men dat zoo niet, daar hier het onderscheid in de verschillende deelen des lands niet zoo belangrijk is. In Nederlandsch-Indië daarentegen is het verschil tusschen de inlandsche volken, ook ten opzichte van de hygiëne, zeer groot; daarnaast komt dan nog hetgeen de Europeanen óf als heerschers óf als cultuurmensen van gedeelten van die inlandsche maatschappijen gemaakt hebben. Onder elkaar zijn deze weer ongelijksoortig genoeg. Zoo zouden wij als belangwekkende voorbeelden tegenover elkaar kunnen plaatsen twee Europeesche centra, zooals Sumatra's oostkust, het cultuurgebied daar namelijk, en steden als Batavia, Semarang en Soerabaja. In het eerste is door hoogstaande geneeskundigen op verschillende wijze getoond wat men met hygiënische maatregelen bereiken vermag. In de laatste is men nog niet veel verder dan de eerste schrede van onderzoek der werkelijk bestaande toestanden en heeft men met drinkwatervoorziening bijvoorbeeld iets tot verbetering van deze gedaan. Wanneer men echter de volkenkundige bijzonderheden dezer twee soorten van centra van naderbij beziet, dan blijkt het dat die op hygiënisch gebied moeilijk groter contrast zouden kunnen vertoonen. Wij zien dat het beste wanneer wij de grondmaatregelen van de hygiënische verbetering der Deli'sche toestanden nagaan. Men heeft daar te doen met de verbetering der hygiëne onder contractkoelies, dat wil zeggen onder koelies die zich verbonden hebben onder bepaalde voorwaarden het werk op de plantages te verrichten. Op het verbreken of schenden van deze contracten staat tot zegen van hun arbeid en van hun persoonlijk welzijn straf. Dit is de poenale sanctie die de Deli'sche toestanden geheel beheerscht, ook op hygiënisch gebied. Hierdoor wordt het den koelies bijgebracht dat zij hebben te gehoorzamen, ook wanneer zij niet begrijpen waarom het gaat. Hierdoor is het mogelijk geweest de zegenrijke hygiënische maatregelen te nemen, die door Schüffner en Kuenen voor dat milieu zijn uitgewerkt.⁸⁸



W.A. Kuenen, N.H. Schwellengrebel en
E.P. Snijders
(Portrettencollectie UVA: 000313)

Koloniale geneeskunde

Het is niet de enige keer dat Kuenen en Schüffner ter sprake zullen komen met betrekking tot de vraag of de geneeskunde wel of niet als koloniaal te kenschetsen was. Kuenen, oprichter van het Pathologisch Laboratorium te Medan en NVTG-bestuurslid in de jaren 1917-1918, had een beroep gedaan op de vereniging om een verzoek aan de regering te sturen waarin erop werd aangedrongen dat 'door wijziging der wettelijke voorschriften het mogelijk gemaakt zou worden op lepreuzen onder inlanders een dwang uit te oefenen zich in gestichten te doen opnemen'. De noodzaak daarvan zou in Deli en in de Bataklanden ten zeerste worden gevoeld.⁸⁹

Kuenen deed deze oproep naar aanleiding van de aller-eerste wetenschappelijke voordracht, met als onderwerp lepra, gehouden in oktober 1908 door eerderge-

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Het hospitaal van de Deli Maatschappij te Medan, afdeling interne geneeskunde, rond 1910 (Fotocollectie Tropenmuseum)

noemde J. Haga. Die Haga was de chef der geneeskundige dienst van het KNIL geweest van 1902 tot 1906. Hij was tevens een van de geneeskundigen die zogenaamd medisch-wetenschappelijke argumenten aandroegen ter rechtvaardiging van het koloniaal systeem. Zo waren Atjehers, aldus Haga, niet alleen onbeschaafd, maar ook lichamelijk onderontwikkeld.

Dat de inlander minder reageert op wonden dan de Europeaan is algemeen bekend. Of de lagere organisatie van genen hiervoor het enige moment is of dat er nog andere zaken invloed op uitoefenen moet ik onbeslist laten.⁹⁰

Deze eerste wetenschappelijke voordracht, gegeven door zo'n hoge en gewaardeerde militair geneeskundige, maakt duidelijk dat geneeskundige zorg in dienst van het koloniale stelsel bij de NVTG een geaccepteerd feit was. Men kan zelfs stellen dat dit zo vanzelf sprak dat discussie erover overbodig was. Dat gold ook voor Haga's raciale insteek, die ook al door Nieuwenhuis ten toon was gespreid. Zo zorgde Nieuwenhuis ervoor dat op 23 maart 1919 officier van gezondheid G. Krause een lezing hield over hygiëne bij de Balinezen. Krause was weliswaar geen lid van de vereniging, maar voorzitter Nieuwenhuis had zijn lezing hierover al eens eerder gehoord en achtte die van een dermate hoog gehalte en zo belangwekkend dat hij aan het bestuur had voorgesteld Krause uit te nodigen zijn ideeën in het wetenschappelijke deel van de ledenvergadering uiteen te zetten. Dat voorstel was met algemene stemmen aanvaard.⁹¹

Krause was niet alleen zeer te spreken over het eiland Bali, maar ook over de Balinezen zelf die zich positief onderscheidten van de Javanen. Op Java immers was 'door de invloed van het Mohammedanisme [...] veel schoons en edels verloren gegaan, ofschoon de echt Semietische geest van intolerantie en fanatisme bij dit zachte en fijnvoelende volk geen wortel heeft kunnen schieten'. Het was dus maar goed dat na de val van het laatste Oost-Javaanse rijk in de zestiende eeuw de oude Hindoe-Javaanse beschaving op Bali was verwelkomd en daar had standgehouden.⁹²

Niet alleen dwang bij medische maatregelen en de erachter liggende raciale opvattingen werden vrij algemeen onderschreven. Dat gold ook voor de economische argumenten achter de gezondheidszorg. Zo werd op 2 november 1919 in een lezing van P.R. d'Arnaud Gerkens over 'de geneeskundige voorziening op cultuur- en spoorwegondernemingen in Midden-Java' aangegeven dat tot voor kort alleen in het Deli van Kuenen en Schüffner de medisch-hygiënische stand van zaken tot tevredenheid had gestemd. Vreemd was dat niet omdat daar 'het vele geld de maatschappijen in staat stelde uitblinkende collegae aan zich te verbinden, die den heelen hygiënischen en geneeskundigen dienst naar hun wil konden inrichten'. Maar ook in andere delen van de archipel begon geleidelijk aan de toestand aanmerkelijk te verbeteren, omdat de diverse maatschappijen steeds meer begonnen in te zien dat het in hun eigen belang was goed gevoed en gezond personeel te hebben. Het geld dat daarin werd gestoken was 'goed belegd'.⁹³

En als er dan een keer op werd gewezen dat er behalve economische ook simpelweg medische redenen waren voor gezondheidszorg op de plantages, dan was onbegrip en onthouding van de benodigde gelden de respons. Het NVTG-lid C. Elders was als arts en hygiënist onder meer werkzaam geweest bij de United Langkat Tobacco Company. Daar had hij, zo bracht hij in 1929 op een vergadering naar voren, ondervonden dat een 'arts in dienst' niet slechts Hippocrates en Hygieia had te gehoorzamen. Maatregelen waarvan hij vond dat ze in het belang van de koelies moesten worden doorgevoerd, stuitten herhaaldelijk op een duidelijk 'nee'.⁹⁴

Maar dergelijke vraagtekens waren uitzonderingen. Kort voor het einde van de koloniale periode schreef Indië-arts P.W.L. Penris in het artikel 'Het aandeel der landbouwondernemingen op Java in de geneeskundige voorzieningen van Nederlandsch-Indië', dat het aan de zending te danken was geweest dat de bedroevende medische situatie in Nederlands-Indië rond 1900, zeker waar het de hulp aan de autochtone bevolking betrof, in de decennia daarop sterk was verbeterd. Het waren met name zendingsartsen als J.G. Scheurer, H.S. Pruys en later Offringa geweest die, rond het Petronellahospitaal in Djokjakarta, pionierswerk hadden verricht door het openen van een kring van poliklinieken, waarin mantri-verplegers werkzaam waren onder toezicht van een van de ziekenhuisartsen.

*Het spreekt vanzelf dat de suikerondernemingen, die juist in dit gebied vrij veel voorkomen, het belang van een dergelijke geneeskundige verzorging der bevolking, waaruit zij hun werkvolk betrokken, al gauw inzagen en door het verlenen van subsidies aan de zending dit werk dan ook steunden.*⁹⁵

Maar ook andere ondernemingen, verder van het Petronellahospitaal gelegen, begonnen het economisch nut van medische hulpverlening in te zien en stichtten poliklinieken onder leiding van een mantri en onder toezicht van de 'fabrieksdokter'. Het resultaat hiervan werd geïnventariseerd door Penris' collega J.J. van Loghem die in 1919 op verzoek van de

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Mobiele polikliniek van het zendingshospitaal Petronella op Java (Fotocollectie Tropenmuseum)

Bond van Eigenaren van Nederlandsch-Indische Suikerondernemingen, het zogeheten Suikersyndicaat, een enquête had gehouden. Die enquête leidde ertoe dat de bond nogmaals het belang onderstreepte van een goede gezondheid van de bevolking voor de ondernemingen, overeenkomstig de tekst in het eigen beginselprogramma.

Waar het de strekking van het Syndicaat is alles te doen wat mogelijk is tot bevordering der bedrijfszekerheid en deze zowel door directe als door indirecte middelen kan verzekerd worden, zal het meermalen nodig zijn te wijzen op het belang van handelingen die, oppervlakkig geoordeeld, een zuiver philanthropisch karakter hebben, doch die bij een nader inzicht in de zaken ongetwijfeld geoordeeld moeten worden veel verder te gaan en indirect het belang der fabrikanten zelve te dienen; hierin zal dan voldoende aanleiding mogen gevonden worden om op het verrichten van dergelijke handelingen aan te dringen.⁹⁶

Penris gaf dertig jaar na dato als commentaar:

Vele ondernemingen hebben de juistheid van dit standpunt ingezien en beseft dat de gezondheid der bevolking een belangrijke factor kan zijn voor de bedrijfszekerheid, zodat dus de geneeskundige verzorging der bevolking niet zuiver philanthropie doch mede eigenbelang was.⁹⁷

Als 'n koele stroom vol lavenis...



Zoo gaat figuurlijk gesproken - de Friesche Vlag-melk over Indië. Versche, koele melk uit Holland! Frissche volle melk van het gezonde Friesche vee. U proeft er gewoonweg de room in. En de Hollandsche zon en het Hollandsche groen! Hygiënisch in blikken komt deze melk over zee naar U toe, om U te brengen: véél van de Hollandsche frischheid, véél van de Hollandsche gezondheid!

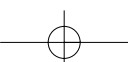
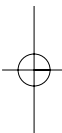
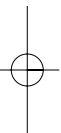
Kent U onze wedstrijd in het fouten-zoeken al? Vraag Uw leverancier om de bijzonderheden. f 2000.— aan prijzen.

„De Friesche Vlag op het etiket. Is als 't watermerk in 't bankbiljet!”

Gecondenseerde ongesuikerde Vollemelk (evaporated)
FRIESCHE VLAG

Advertentie 1936 voor geëvaporeerde melk, uitsluitend bestemd voor Europese consumenten
 (Uit: A.P. den Hartog, *Diffusion of milk 1880-1942*, Wageningen, 1986)

Ook in de volgende hoofdstukken zullen we nog geregeld terugkomen op de doorwerking van politieke en economische belangen in de medische zorg in Indië en op de afstemming van de tropische geneeskunde, in onderzoek en opleiding, op de koloniale praktijk.



3 De medisch-tropische opleiding

Indië of Nederland?

De NVTG voelde een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de medische zorg in de koloniën. In het vorige hoofdstuk bleek dat al uit de herhaaldelijke verzoeken aan de minister van Koloniën om tot gezondheidsinterventies in Nederlands-Indië over te gaan. Ook in de discussie in Nederland over een op te zetten opleiding voor tropenartsen mengde de vereniging zich actief, vanuit datzelfde verantwoordelijkheidsgevoel.

De eerste poging tot scholing kwam uit de schoot van de vereniging zelf. Zij probeerde in 1908 een laboratorium in te richten. Maar het werd al snel duidelijk dat de voorbereidingstijd daarvoor te kort was. Derhalve kregen direct daarop de bestuursleden de opdracht bij bestaande universiteiten te informeren in hoeverre zij behulpzaam konden zijn. Na 'eenige vergeefsche pogingen' slaagde Van Buuren erin samen met Swellengrebel, zojuist benoemd tot privaattoecent aan de Universiteit van Amsterdam, met ingang van 1 oktober 1909 in Den Haag een cursus in de protozoölogie van de grond te krijgen. Die cursus is enkele jaren lang gegeven. Ondertussen had ook de hoogleraar in de gezondheidsleer aan de Universiteit van Amsterdam, R.H. Saltet, beloofd in zijn laboratorium voor de nodige mogelijkheden te zorgen. Hij vond dat Nederland een rol moest gaan spelen in het bestrijden van besmettelijke en parasitaire ziekten.⁹⁸ Over het resultaat daarvan zei Nieuwenhuis tien jaar na dato nog steeds in het duister te tasten,⁹⁹ maar die opmerking kan, zoals we nog zullen zien, ook het gevolg van persoonlijke rancune zijn geweest. Verder vroeg in 1911 de Indologenvereniging te Leiden om voorlichting over tropische hygiëne.¹⁰⁰

Dit waren allemaal echter slechts minieme en aftastende pogingen een deel van het praktische en theoretische werk in Nederland vorm te geven. De echte discussie ging natuurlijk over een volwaardige opleiding tot tropenarts. De eerste vraag die daarover moest worden gesteld was: kon de opleiding tropische geneeskunde beter in Indië (lees: Weltevreden) worden gesitueerd, of moest zij – in elk geval voor wat het theoretische deel betreft – in Nederland zelf plaatshebben?¹⁰¹ Die discussie was deels al gevoerd voorafgaand aan de stichting van de NVTG, zoals ook al voor 1907 was gewezen op de noodzaak van een opleiding. C.L. van den Burg, schrijver van het leerboek *De geneesheer in Indië*, drong eind negentiende eeuw aan op een aparte cursus voor naar Indië vertrekkende artsen.¹⁰² Maar hij was zeker niet de enige. In 1891 stelde de hoogleraar B.J. Stokvis:

*Wie in den bloei onzer koloniën belang stelt – en waar is de Nederlander die dit niet van zichzelf getuigt? –, wie erkent dat die bloei innig samenhangt en samenhangen moet met de gezondheid harer bewoners, kan niet onverschillig zijn omtrent de opleiding van hen aan wie die gezondheidsbelangen zijn toevertrouwd.*¹⁰³

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Met die opleiding was het echter droevig gesteld. De naar de Oost en de West vertrekkende artsen waren 'onvoldoende voorbereid', 'niet bekend met de taal der inlanders', 'nauwelijks op de hoogte der maatschappelijke toestanden' en 'ternauwernood ingelicht omtrent de eigenaardigheden van het klimaat, van de ziekten, van de geneesmiddelen, waarmede zij in de koloniën dagelijks zullen te doen hebben'. Veel daarvan zouden zij weliswaar in de praktijk wel leren, sterker: veel daarvan konden zij, zoals in elk medisch specialisme, niet anders dan in de praktijk leren. Maar dat nam niet weg dat de voorbereiding op die praktijk onder de maat was. Gelukkig, zo schreef Stokvis, was er onlangs een stap in de juiste richting gezet: de oprichting van een koloniaal-geneeskundig museum in Amsterdam. Het idee daartoe was reeds in 1883 geopperd, na afloop van de Internationale Koloniale Tentoonstelling die een afdeling tropische geneeskunde had gekend. Nu was het er dan toch echt van gekomen, al was het bijeengebrachte nog slechts als de kern van de uiteindelijke verzameling te beschouwen.¹⁰⁴

Die verzameling had een sterk internationaal karakter waarbij het leeuwendeel uit Groot-Brittannië afkomstig was. In dat land werd, aldus Stokvis, met bewondering over de Nederlandse wijze van koloniaal bestuur gesproken, en dus was het niet meer dan billijk dat 'wij openlijk Englands superioriteit in de zorg voor de hygiëne in zijn koloniën erkennen, en de harde waarheid belijden, dat wij op beschamende wijze bij Engeland in de zorg voor drinkwater, voor den afvoer van vuil, voor kleeding en voeding onzer soldaten enz. in de koloniën ten achter stonden of ten achter staan'.¹⁰⁵ Doordat het museum Nederland kon wijzen op zijn tekortkomingen was, ondanks het internationale karakter, 'een goed ingericht Koloniaal-Geneeskundig Museum' volgens Stokvis dan ook 'een Nederlandsche, een nationale zaak'.

Het kan den aanstaanden kolonialen geneeskundige, die zich op de hoogte zijner taak wil stellen, groote diensten bewijzen; het kan onze landgenooten in de tropen en den inlandschen bevolking ten bewijze strekken van de angstvallige zorg, waarmede Nederland den gezondheidstoestand zijner koloniën gadeslaat; het kan den band tusschen de in het moederland en de koloniën praktizeerende geneeskundigen nauwer toehalen en in meer dan één opzicht een nieuwe schakel worden in de keten, die moederland en overzeesche bezittingen verbindt. [...] [Het is] een gunstig voor teeken dat zij voorloopig in de De Ruyterzaal geplaatst [is]. Onze De Ruyter is één dier gloriën, waarop wij, dit erkennen keizers en koningen, het recht hebben trotsch te zijn. Hij heeft op den oceaan eerbied voor onze driekleur afdwongen. Moge Nederland evenzeer eens bij alle koloniale natiën eerbied kunnen afdwingen voor de uitnemende wijze, waarop het de gezondheidsbelangen der bewoners zijner overzeesche bezittingen behartigt, en moge een stoot daartoe ook van het Koloniaal-Geneeskundig Museum uitgaan!¹⁰⁶

Stokvis was een fervent voorstander van een gedegen opleiding op Nederlandse bodem, voorafgaand aan de uitzending. Echt openbaar stelling nemen in de kwestie 'Indië of Nederland' deed hij echter niet, dit in tegenstelling tot H.F.A. Peypers. Die zei in 1902 dat natuurlijk degenen gelijk hebben die zeggen dat je het beste Frans leert door een tijdlang naar Frankrijk te gaan. Maar dat nam niet weg dat het toch wel heel handig was om van tevoren al een woordenschat en enige kennis van de grammatica te hebben opgebouwd. Dit ging volgens hem ook op voor de tropengeneeskunde. De kennis van de harde praktijk was eenvoudiger en beter te verwerken als die reeds met de nodige theoretische bagage tegemoet kon worden getreden.

Het was toch ook niet voor niets dat alle andere koloniale rijken zoals Frankrijk, Engeland, Duitsland, Italië en België, wél gelegenheid boden voor onderwijs in de tropische geneeskunde op eigen bodem? Of verspilden die allemaal maar hun geld en was de Nederlandse houding van 'alles zal reg kom' in Weltevreden (nomen est omen) terecht?

Laten wij het ons ruiterlijk bekennen, het is volstrekt geen geheim, wij Hollanders zijn in menig opzicht wat 'pennywise' en bekrompen, wat achterlijk en wat zwaar op de hand. Wij rusten en berusten er in. Maar laat ons toch niet zoo ver gaan om, zooals geschiedt, onze lodderigheid aan de markt te brengen als een species van hooger inzicht.¹⁰⁸

Het wilde er bij Peypers niet in dat er in Nederland, 'en alweer in ons koloniaal land alléén', artsen naar de koloniën werden gezonden zonder enige kennis over wat hen daar stond te wachten. Geen tropenpathologie, geen land- en volkenkunde, geen inlandse geneeskunde. Nota bene, zelfs de kadetten van de Koninklijke Militaire Academie te Breda kregen land- en volkenkunde van Nederlands-Indië voor de kiezen.

Wij zijn waarlijk aan de beurt. Alle andere belanghebbenden gingen reeds voor. Zelfs België. Wie zich tegen de aanroeping van zoo'n leeraar verzet, alleen op de labiele motieven die werden aangevoerd, wie zich van de zaak afmaakt met een tropenpathologie alleen in de tropen! moet consequent zijn en al onze Fransche scholen dicht smijten onder het slaken van den doodoener: Fransch leert men alleen in Frankrijk.¹⁰⁹

Peypers' artikel kwam op het moment dat door de groeiende belangstelling voor de koloniën en daarmee de tropische geneeskunde de lobby voor een cursus tropische geneeskunde aan een van de Nederlandse universiteiten sterker werd. De politiek-koloniale tendens ging echter de andere kant op, en daarop reageerde Peypers. In het jaar voorafgaand aan de publicatie van zijn artikel was namelijk op de Indische begroting geld uitgetrokken voor een medicus die in Indië zelf, in het Laboratorium voor Pathologie, met het onderwijs in tropische ziekten zou worden belast. De medische voordelen werden door minister van Koloniën Jacob Theodoor Cremer groter geacht en, ook niet onbelangrijk, de kosten lager. Dit resulteerde in een driemaandelijks cursus in Indië.

De docent werd de tropisch clinicus G.W. Kiewiet de Jonge (1862-1941), waarnemend directeur van de STOVIA en later invloedrijk lid van de NVTG. Het betekende dat in principe was gekozen voor onderwijs in de tropen, met als argument dat alleen daar geschikte patiënten zouden zijn te vinden en dat alleen daar Nederlandse artsen met inheemse ziekten konden leren omgaan. Door onderwijs aan een van de universiteiten in Nederland zelf kon, zo werd gedacht, 'het gewenschte doel', een gedegen voorbereiding op het praktische werk dat in de kolonie wachtte, 'nooit geheel' worden bereikt. Geneeskundige zorg in de tropen en meer specifiek in Indië, werd namelijk als een vak apart gezien, zoals uit een anoniem stuk in het NTvG van 1900 bleek.

Deugdelijk klinisch onderwijs vereischt patiënten, die niet nog slechts enkele verschijnselen van voor maanden of zelfs voor jaren opgedane ziekten vertoonen, maar lijders in verschillende, vooral ook in de eerste tijdperken van ziekte verkeerende. Die zijn alleen in

de tropen zelf te vinden. Bovendien moet in aanmerking genomen worden, dat de in Indië aankomende arts zich plotseling verplaatst ziet in een omgeving die, in den letterlijken zin van het woord, hemelsbreed verschilt van hetgeen hij tot dusver gewoon geweest is te zien. De meesten, althans de officieren van gezondheid, krijgen zieken ter behandeling, wier taal zij niet slechts niet verstaan, maar die, door hun ras, zoodanig van Europeanen verschillen, dat het hem moeite kost den een van den ander te onderkennen, ja dat het hem zelfs aanvankelijk moeite kosten kan in den bruine den broeder te zien.¹¹⁰

Deze Indische cursus betekende echter slechts uitstel en geen afstel van een opleiding in Nederland. Peypers' artikel laat zien dat de discussie nooit geheel verdween. Met de oprichting van de NVTG in 1907 werd de lobby voor onderzoek en onderwijs in Nederland zelf verder versterkt. Het was, zo werd Peypers nagezegd, 'zooveel aangenamer' voor een naar Indië vertrekkende geneesheer om aldaar aangekomen in ieder geval zo beslagen als maar enigszins mogelijk was ten ijs te komen.¹¹¹ Het was echter Kiewiet de Jonge die zijn machtige stem hiertegen zou verheffen.

Belangrijkste NVTG-agendapunt op de vergadering van 8 mei 1910 was de vraag of 'de oprichting van een tropisch instituut in Nederland noodzakelijk' was. Inleider was Kiewiet de Jonge. Die constateerde dat men deze kwestie op zeer verschillende manieren kon bekijken. Volgens hem zou men in Nederland zelfs kans zien er een politieke kwestie van te maken.¹¹² Hij wilde echter slechts twee vragen proberen te beantwoorden. Was het nodig tropische ziekten in Nederland te doceren ter opleiding van jonge tropenartsen en was de oprichting van een instituut in Nederland nodig met het oog op de wetenschappelijke studie van tropische ziekten?¹¹³ De eerste vraag die daarbij moest worden gesteld was wat onderwijs in tropische ziekten was. Dat kon zijn de kennis die iemand nodig had voor zijn praktische werk in de tropen, of de kennis die iemand moest hebben voor het doen van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van tropische ziekten. En dat waren zaken die weliswaar de nodige overlappingen kenden, maar zeker niet identiek waren. In de tweede optie hoefde lang niet zoveel ruimte te worden vrijgemaakt voor klinisch onderwijs als in de eerste.¹¹⁴

Om een antwoord op deze vragen te vinden, was Kiewiet de Jonge door de regering in de gelegenheid gesteld om verschillende instituten voor tropisch onderwijs in het buitenland te bezoeken, en wel die te Bordeaux, Londen en Hamburg. Opvallend, zo zei hij, was dat in al die instituten het theoretische gedeelte vooropstond, met verder aandacht voor microscopie, parasitologie en pathologische anatomie. Kiewiet de Jonge was over het klinisch onderwijs in geen van de drie instituten te spreken. Zo was er weinig klinisch materiaal en werd daar bovendien weinig gebruik van gemaakt.¹¹⁵ Hij concludeerde dat de instituten die op dat moment in Europa bestonden, 'zeer goed [konden] dienen tot voorbereiding voor wetenschappelijk methodologisch werken en verdere wetenschappelijke vorming, maar [...] niet geschikt te achten [waren] voor voorbereiding tot de praktijk in de tropen'.¹¹⁶

Als daar de cursus in Weltevreden tegenover werd gesteld, dan had die in wetenschappelijk opzicht weliswaar minder, maar in praktisch opzicht veel meer te bieden. De theorie was inhoudelijk vergelijkbaar, maar er werd niet de gehele tropenpathologie gedoceerd. Vanwege het gebrek aan tijd beperkte het onderwijs zich tot de ziekten die daadwerkelijk in Indië voorkwamen, en dat gold ook voor het microscopisch onderzoek. Het klinisch onderwijs echter was verder gevorderd dan in Europa. Daarvoor waren dertig bedden beschikbaar, gevuld met zieken en gewonden afkomstig uit het militair hospitaal of het Stads-

verband, die samen zo'n zes- tot achthonderd patiënten telden. Iedere student had daardoor zijn of haar eigen patiënten en bovendien werden er veldexcursies georganiseerd. Hier kwam nog het voordeel bij dat er kon worden gewerkt onder de tropische omstandigheden zelf, de omstandigheden dus die ook het latere werk als tropenarts zouden kenmerken. Dus had een opleiding in Indië Kiewiet de Jonges voorkeur. De reden dat in Frankrijk, Groot-Brittannië en Duitsland niet hiervoor was gekozen, was dat hun koloniën over de gehele aardbol lagen verspreid. Zij konden zich dus niet beperken, zoals Nederland, tot slechts die ziekten die in 'hun' deel van de wereld voorkwamen.¹¹⁷

Bovendien verschilden rond 1900 de diverse Europese koloniale machten en hun overzeese gebiedsdelen nog in een ander cruciaal opzicht van Nederland en Nederlands-Indië.

*Vele [van hun] koloniën [zijn] nog niet geschikt voor de oprichting van instituten van bedoelden aard, omdat zij nog te jong zijn, zoodat de beschaving er nog niet voldoende is doorgedrongen en de toestanden nog niet voldoende geregeld en geordend zijn, om het oprichten en instandhouden toe te laten van inrichtingen, waaraan hooge eischen worden gesteld, zooals met een instituut voor tropische ziekten het geval is. [...] Letten wij [bijvoorbeeld] op de maatschappelijke toestanden in koloniën als Duitsch Afrika, Kameroen en dergelijke, dan zal men begrijpen, dat die nog niet rijp zijn voor het oprichten van instituten voor het onderwijs in tropische ziekten, welke inrichtingen een rustige en eenigszins beschaafde omgeving vereischen.*¹¹⁸

Dit alles natuurlijk in tegenstelling tot Nederlands-Indië. Daar bestond 'een geordende maatschappij' en daar was 'wetenschappelijk onderzoek [...] zeer goed mogelijk'. En dus was het ook veel rationeler uit zowel financieel als organisatorisch oogpunt om al dit werk in Indië te situeren.¹¹⁹

Maar er waren natuurlijk ook artsen, en Kiewiet de Jonge sprak dan met name over officieren van gezondheid, die hun wetenschappelijke kennis wilden uitbreiden. Dat nu kon inderdaad het beste in Europa, en wel in tijden van verlof. Maar de vraag was of dat ook per se in Nederland zou moeten. Als die vraag bevestigend werd beantwoord, dan gebeurde dat veelal uit 'vaderlandsliefde' en 'nationale ijdelheid'. Een negatief antwoord

kwam vaak voort uit zuinigheid. Volgens Kiewiet de Jonge zelf was er weinig op tegen dat de verlofgangers naar de buitenlandse instituten werden gestuurd. Die waren wetenschappelijk immers goed te noemen en dus was er vanwege deze kwestie geen noodzaak ook in Nederland een soortgelijk instituut op te richten.¹²⁰

Voorzitter Van der Scheer bedankte Kiewiet de Jonge voor zijn uiteenzetting en verklaarde dat hij over een onderwerp had gesproken dat reeds sinds lang ook het bestuur had beziggehouden. Aangezien het eerste artikel van de statuten luidde dat de vereniging zich de bevordering van de tropische geneeskunde en aanverwante wetenschappen ten doel stelde, was dat ook geen wonder. Het bestuur had derhalve uitvoerig en vanuit allerlei gezichtspunten over het onderwerp gediscussieerd, maar was ten slotte tot een communis



G.W. Kiewiet de Jonge
(Feestbundel GTNI, Batavia 1936, V)

opinio gekomen. Die bestuursopinie, die helaas voor de inleider tegenovergesteld was aan de zijne, zou worden uiteengezet door bestuurslid Kessler.¹²¹

Ook Kessler wees erop dat het geen nieuw onderwerp was. Reeds tien jaar eerder was al eens voorgesteld om een leerstoel tropische ziekten aan een van de universiteiten op te richten, maar door een negatief advies van 'een commissie van geneeskundigen' had de regering daarvan afgezien. Sinds die tijd waren er echter in koloniën van andere landen laboratoria en in de landen zelf diverse scholen voor tropische geneeskunde en tropenhygiëne ontstaan. Blijkbaar waren de regeringen daar wél van de noodzaak van dergelijke instituten overtuigd en dat wees erop dat in Nederland het oude advies nog eens terdege moest worden heroverwogen. Dit te meer omdat de kennis over tropische ziekten de laatste jaren sterk was gegroeid. Het was absoluut noodzakelijk dat iedereen die beroepshalve met tropische ziekten te maken kreeg, in de gelegenheid werd gesteld zich die nieuwe kennis, bijvoorbeeld over protozoën, pathologie en therapie, eigen te maken 'alvorens de praktijk in de tropen te beginnen'.¹²²

Praktisch probleem was echter dat die uitbreiding van kennis opging voor het gehele medische veld. Het was daardoor niet te verwachten 'dat vóór het afleggen van het arts-examen de kandidaat-arts zich nog in het bijzonder' zou toeleggen op de door Kessler genoemde vakken. De studie daarvan moest daardoor 'in hoofdzaak worden uitgesteld tot na dien tijd'. Het was daardoor Kesslers vaste overtuiging dat alleen aan een instituut dat de gelegenheid bood 'het complex van vakken boven bedoeld, zowel theoretisch als praktisch te leren' die studie met succes kon worden gevolgd.¹²³ Maar het twistpunt was niet óf er een dergelijk instituut moest komen, maar wáár het moest komen. Daar nu week Kessler van Kiewiet de Jonge af.

*[Ik] acht nog steeds het stichten van een leerstoel voor tropische ziekten in Nederland een dringende eisch en het eenige juiste middel om te bereiken, dat de aanstaande artsen voor de tropen in staat worden gesteld grondig de tropische ziekten te bestudeeren.*¹²⁴

Universiteiten konden nu eenmaal de studerende arts een ruimer arsenaal aan middelen en een betere begeleiding bieden dan het militair hospitaal in Weltevreden en het daarbij behorende laboratorium. Louter de grotere hoeveelheid klinisch materiaal woog niet op tegen die voordelen. Dat verschil was daarvoor gewoon niet groot genoeg, een opmerking die Kessler met een aantal cijfers staaft.¹²⁵ Hier kwam bij dat dit materiaal veelal bestond uit aan tropische ziekten lijdende, gerepatrieerde militairen en werknemers van de Nederlandse bedrijven in de Oost en hun familieleden. Zij werden in Nederland echter behandeld door artsen die hen zonder opleiding niet voldoende konden helpen.¹²⁶ Dit betekende dat een dergelijke instelling van groot belang was 'voor het rijk zoowel als voor de vele maatschappijen die te zorgen hebben voor een uitgebreid Europeesch personeel, dat in de tropen voor hen werkzaam is'.¹²⁷ Ook de overige omstandigheden waren in Nederland zonder twijfel gunstiger dan in de archipel.

*In Indië toch werken allerlei omstandigheden samen, om tenminste in den eersten tijd van het verblijf aldaar den nieuw aangekomene tot gestadigen ernstigen geestesarbeid minder geschikt te maken. De snelle overgang van ons koud klimaat naar een zeer warm tropen-klimaat, de daarmee gepaard gaande gewijzigde voeding en leefwijze, de omgang met eene bevolking van wier taal en gewoonten men zoo goed als niets weet, zijn zooveel oorzaken daarvan.*¹²⁸

Daar kwam nog bij dat Nederland de zetel was van het bureau voor internationale medische congressen. Het lag in de bedoeling dat bureau te koppelen aan een bureau voor internationale congressen over tropische geneeskunde, en dan zou het toch wel heel vreemd staan als Nederland zelf niet eens een opleiding in dat vak binnen de landsgrenzen had.¹²⁹

Er volgde een uitgebreide discussie waaraan ook Van der Scheer een bijdrage leverde. Hij had tijdens zijn jaren in de Oost een grondige kennis van zaken als parasitologie en protozoölogie gemist. Er moest dan ook op zijn minst een laboratorium worden ingericht waar deze zaken konden worden onderwezen, waarbij hij nogmaals duidelijk maakte hoezeer landsbelang en medische hulp met elkaar waren vervlochten. Op instigatie van Haga wees hij op de relatie tussen het gebrek aan een opleiding in Nederland en het gebrek aan officieren van gezondheid in Indië. Mocht er toch geen opleiding in Nederland komen, dan moest in ieder geval de regering ervoor zorgen dat iedere officier van gezondheid in de gelegenheid werd gesteld een tropencursus te volgen.¹³⁰

De discussie eindigde met het voorstel van Kessler om te stemmen over de vraag of het noodzakelijk was in Nederland een opleiding te vestigen. Hij had na afloop van de inleiding door Kiewiet de Jonge daarvoor enkele voorwaarden opgesteld:

- *Voldoende theoretisch en praktisch onderricht in tropen- en scheepsziekten, tropen- en scheepshygiëne; taal en volkenkunde.*
- *Een goed laboratorium en bibliotheek.*
- *De beschikking over een ziekeninrichting, waar voldoende patiënten kunnen worden verpleegd met het oog op goed onderwijs.*¹³¹

Sommige leden hadden er echter bezwaar tegen dat met zo weinig aanwezigen (24) over een zo gewichtig thema zou worden besloten. Dus werd het een stemming over de vraag of er zou worden gestemd. De uitslag daarvan was tekenend voor de verdeeldheid: twaalf voor en twaalf tegen. Van der Scheer en Kiewiet de Jonge bevonden zich onder de tegenstemmers, maar Kessler stemde voor, wat aantoonde dat de stemverhouding hierover niet gelijk opliep met de vraag of men voor of tegen het bestuursvoorstel was. Al stond in artikel 18 van de statuten dat bij het staken van de stemmen een voorstel als verworpen moest worden beschouwd, toch werd besloten tot een referendum onder de leden van de vereniging. De vraag was of het noodzakelijk dan wel wenselijk werd geacht in Nederland een instituut voor tropische ziekten op te richten. Zo zou ten eerste de 'meening der geheele vereeniging tot uiting' komen en ten tweede zouden de leden kennis hebben kunnen nemen van de twee uiteenzettingen en de daaropvolgende discussie, voordat ze een standpunt zouden bepalen.¹³²

Een half jaar later werd de uitslag van het referendum bekendgemaakt. Van de 82 leden hadden er 54 hun stem uitgebracht. Van hen hadden er 26 vóór en twintig tegen de noodzaak gestemd. Acht leden hadden een blanco formulier ingeleverd. Er waren echter 49 tegen vijf leden die het wel wenselijk vonden dat er een dergelijk instituut kwam. 'Wat te doen' was natuurlijk de vraag aan het bestuur. Van der Scheer meldde dat het bestuur wist dat zowel in Amsterdam als in Leiden over het oprichten van een instituut werd nagedacht. In Amsterdam zou het op te richten Koloniaal Instituut een laboratorium voor scheeps- en tropenhygiëne willen herbergen. Terwijl bij de bouw van nieuwe klinieken voor de universiteit van Leiden de geneeskundige faculteit speciale faciliteiten voor tropische ziekten overwoog.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Cursuslokaal van de leergang tropische hygiëne aan het KIT (Fotocollectie Tropenmuseum)

Daarmee was de discussie 'Indië of Nederland' beslecht, maar barstte meteen de discussie 'Amsterdam of Leiden' los. Een der leden vreesde dat het bestaan van twee instituten tot versnippering van krachten zou leiden en zei dat een instituut in een stad moest komen die zowel een universiteit als een haven had. Aan die voorwaarden voldeed alleen Amsterdam. Besloten werd echter deze discussie op te schorten tot er meer over de diverse plannen bekend zou zijn.¹³³ In de tussentijd zou Leidenaar Nieuwenhuis, die als afgevaardigde van de NVTG in het comité van voorbereiding van het Amsterdamse instituut zitting had,¹³⁴ Kesslers eerdergenoemde voorwaarden 'inzake de oprichting van een Instituut voor scheeps- en tropenhygiëne' aan het comité overbrengen.¹³⁵

Amsterdam of Leiden?

Het opschorten van de discussie 'Amsterdam of Leiden' betekende dus niet dat men bij de pakken neerzat. Al snel zei Nieuwenhuis de gestelde voorwaarden aan de minister van Binnenlandse Zaken toe te willen zenden.¹³⁶ Dit werd door een enkeling aangegrepen om de vraag te stellen of Nieuwenhuis wel een opdracht had gekregen van de vereniging om de voorwaarden aan het Amsterdamse comité kenbaar te maken en of zij, vooral vanwege de eis van een ziekeninrichting, niet iedere samenwerking met het Instituut onmogelijk maakten.¹³⁷ Dit werd echter door Nieuwenhuis van de hand gewezen onder verwijzing naar

de vergadering van 8 mei. De grote meerderheid van de vergadering was het met Kesslers voorwaarden eens geweest.¹³⁸ Nieuwenhuis had dan ook niets anders gedaan dan die eisen overbrengen aan het comité en wilde ook niets aan de eis van de verbinding van het laboratorium met een kliniek afdoen. Daarom was op 28 september een brief geschreven aan de secretaris van het Amsterdamse comité. Daarin werden de volgende twee vragen gesteld:

- *Of het de bedoeling is van het instituut een grootere of kleinere ziekeninrichting op te richten.*
- *Of het instituut ook bestemd zal zijn voor de opleiding van aanstaande tropenartsen.*¹³⁹

Op deze vragen was eind oktober 1910 nog geen antwoord ontvangen. Dus werd nu de vraag gesteld of men met de eisen hogerop moest gaan en zich direct tot de minister van Binnenlandse Zaken moest richten, met afschrift aan de minister van Koloniën en de leden van de beide kamers der Staten-Generaal. Wel zou van tevoren het Koloniaal Instituut hiervan op de hoogte worden gesteld. Enkele van de sceptici, onder wie Eijkman, gingen hiermee akkoord, maar alleen op voorwaarde dat de gesprekken met het comité niet tot verandering van de eisen zouden leiden. Volgens hen was Amsterdam de aangewezen plek voor de oprichting van een instituut voor scheeps- en tropenhygiëne. Dat maakte het des te betreurenswaardiger dat er half werk werd verricht, waarschijnlijk omdat men had verzuimd te rade te gaan bij echte deskundigen: artsen die jarenlang in de tropen werkzaam waren geweest, artsen zoals zij dus. En daarom lag het, zo zei Eijkman, op de weg van de toen ongeveer tachtig leden tellende NVTG te proberen het comité tot andere, betere inzichten te brengen. 'Wat men nu te Amsterdam wil doen is half werk; was men begonnen met een kliniek en wenschte men later een laboratorium, spreker zou er vrede mee hebben. Nu acht hij den heelen opzet mislukt.' Hierop werd met algemene stemmen besloten het adres te versturen.¹⁴⁰ Vervolgens verklaarde Kessler op de vergadering van 11 januari 1911 dat het instituut 'geen verbinding met de universiteit' en 'geen kliniek' wilde, waarop er ook een brief aan de commissie van voorbereiding van de medische afdeling van het instituut werd gestuurd. Hierover zei Nieuwenhuis tijdens zijn herdenkingsrede ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de vereniging:

*Zooals wij allen met vreugde kunnen vaststellen, is er sedert wel een groote verandering in de uitvoering der plannen gekomen. Onze bescheidenheid belet ons, aan onze vereeniging een grooter aandeel daarin toe te kennen, dan wij met zekerheid als ons toekomstende zouden kunnen vaststellen. Zeker echter is het, dat wij er ernstig voor hebben gestreden.*¹⁴¹

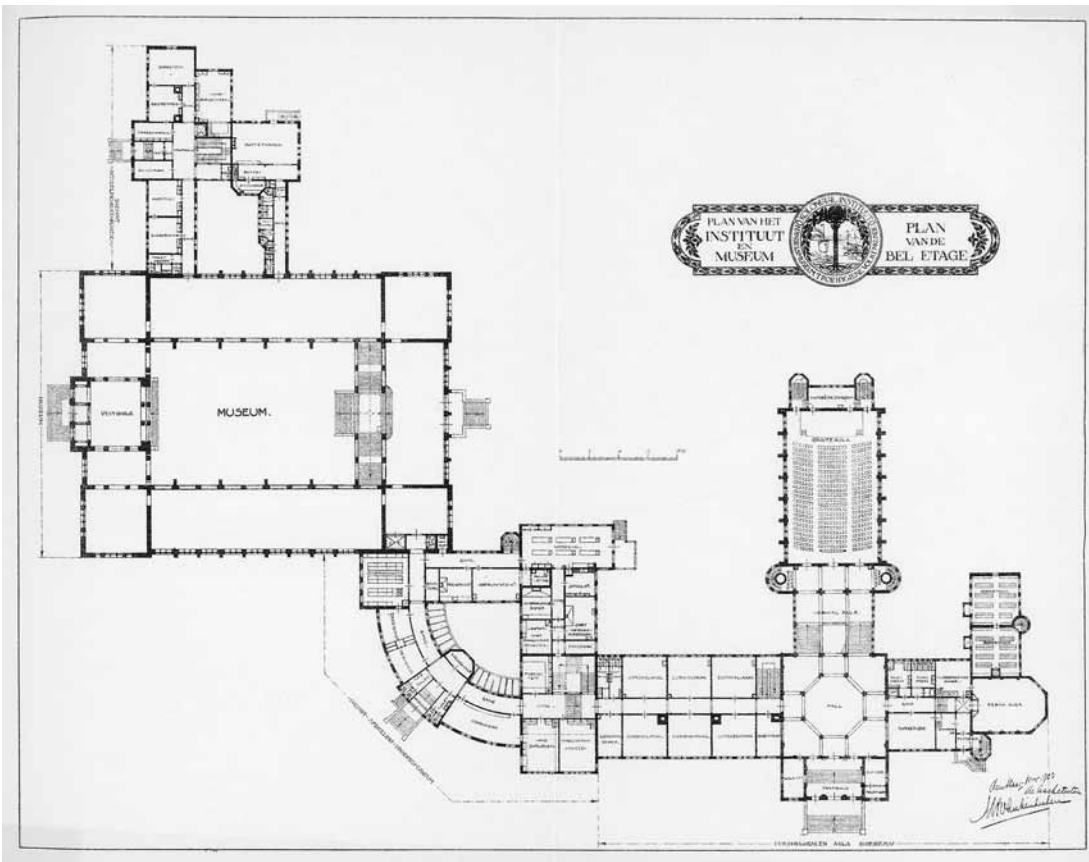
De combinatie van kliniek en laboratorium werd zodoende de hoofdeis van de NVTG voor een instituut. Volgens haar zou de ziekeninrichting ongeveer vijftig bedden groot moeten zijn, zodat bij de opleiding in de tropische geneeskunde de theorie zoveel mogelijk met de praktijk kon worden verweven en er tevens plaats was voor wetenschappelijk onderzoek. Afgaand op eigen onderzoek zouden daarvoor ook ruimschoots voldoende patiënten in Nederland zelf aanwezig zijn. Het klinische en theoretische werk zou echter hoofdzak moeten zijn en het laboratorium bijzaak. Als er een theoreticus aan het hoofd van het instituut zou komen, dan was, aldus de NVTG, 'het ontstaan van een werkelijk Instituut voor Tropen-hygiëne niet waarschijnlijk'.¹⁴²

Vervolgens kwam er een eerste kink in de kabel en wel door toedoen van niemand minder dan Nieuwenhuis zelf. Op grond van de bij zijn lidmaatschap van het voorbereidend comité opgedane ervaringen, uitte hij principiële bezwaren tegen het verbinden van een instituut voor tropische ziekten aan het Koloniaal Instituut. Er was in dat instituut geen sprake van wetenschappelijke interesse en alles was toegespitst op praktisch nut; opmerkingen die hem een verontwaardigde brief van Saltet in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* opleverden.¹⁴³ Het Koloniaal Instituut was eigenlijk niets meer dan een aangeklede versie van het oorspronkelijke Koloniale Museum. Het bestuur was dan ook niet van plan een verbinding met de universiteit aan te gaan en ook niet om een kliniek op te richten. Er zouden ten hoogste enkele laboranten worden benoemd voor microscopisch en pathologisch-anatomisch onderzoek.

Er kwam dus geen opleiding van tropenartsen en er zouden ook geen cursussen worden gegeven. Nieuwenhuis was bang dat ook de regering geen verdere stappen meer zou zetten, juist omdat er een Koloniaal Instituut zou komen dat maar voor zoiets zou moeten zorgen. Geen wonder dus dat sommigen vonden dat de vereniging zich tegen de oprichting van het instituut zou moeten keren. Anderen wezen er echter op dat dit een behoorlijke overschatting van de invloed van de vereniging was. 'Met of zonder ons: het Koloniaal Instituut komt er toch.'¹⁴⁴ Kessler, die dit laatste verklaarde, werd kort daarop als vervanger van Nieuwenhuis door het bestuur aangewezen 'om zitting te nemen in de commissie tot organisatie van de afdeling, bestemd voor de studie der tropische- en scheepshygiëne aan het op te richten hygiëne-instituut te Amsterdam en zulks op verzoek van het bestuur der vereniging: Koloniaal Instituut'.¹⁴⁵ Het is, althans volgens Nieuwenhuis, vooral aan het ijveren van Kessler te danken geweest dat in de tijd daarna het beleid te Amsterdam in de richting van de wensen van de vereniging kon worden omgebogen. Het instituut meende 'uitsluitend in hygiënische richting werkzaam te moeten zijn', terwijl volgens de NVTG 'ook de inwendige geneeskunde der tropenziekten een belangrijk deel in het na te jagen doel werd toegekend'. Om dit te bereiken was onderling overleg alleen echter niet voldoende en dus was het volgens Nieuwenhuis ook achteraf gezien goed geweest dat de NVTG de gang naar de regering had gemaakt.¹⁴⁶

Het opzetten van die commissie had echter een averechts effect gehad. Hoewel de NVTG van mening was dat het initiatief voor het opzetten van een ziekeninrichting met laboratorium eerder op de weg van de regering lag dan op die van particulieren, leidde het ertoe dat plannen van de regering zelf in die richting van de baan waren. Amsterdam kreeg daardoor weliswaar een laboratorium – met Van Loghem aan het hoofd en Swellengrebel als medewerker – maar van de oprichting van een kliniek moest om financiële redenen worden afgezien. De vereniging was hierdoor 'dankbaar', maar allesbehalve 'voldaan'. Er was dan ook nauwelijks iemand die niet instemde met de woorden van secretaris Langenbergh, uitgesproken op de vergadering van mei 1912.

*Niemand onzer is er, die niet ervan overtuigd is, dat bij de studie der tropische ziekten een uitstekend ingericht laboratorium een dringende behoefte is, en dat stethoscoop en percussiehamer hierbij moeten wijken voor mikroskoop en entnaald. Niemand onzer, die geen eerbied voelt voor mannen als Van Loghem en Swellengrebel, wier arbeid hier trouwens steeds de grootste waardeering vond. Toch blijven wij de klinische studie aan het ziekbed noodzakelijk achten en de verbinding van een kliniek – zij het ook voorloopig op bescheiden schaal – aan het laboratorium een onafwijsbaren eisch. Moge de toekomst hierheen leiden! Ik heb gezegd.*¹⁴⁷



Plattegrond van het KIT. (Uit: C.J. Hasselman, *Het Koninklijk Koloniaal Instituut te Amsterdam*, Amsterdam 1926)

Die woorden werden echter wel door velen, maar niet door allen onderschreven, en degenen die protesteerden waren niet de eersten de besten. Kuenen en Schüffner, een van de stichters van het Koloniaal Instituut, schreven een artikel in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* omdat zij zich niet konden verenigen met de eisen in de brief aan de minister.¹⁴⁸ Niet dat het niet van belang was in Nederland een zo volledig mogelijk instituut van de grond te krijgen, maar 'de grondbeginselen aangaande het doel van het op te richten instituut' die door de NVTG waren opgesteld, deugden niet. 'Integendeel, de onder-vinding in Indië opgedaan brengt ons er toe te verklaren, dat het advies van de Nederlandse Vereeniging voor Tropische Geneeskunde zelfs een gevaar voor de geneeskundige voorziening van Nederlandsch-Indië in zich draagt.'¹⁴⁹ De brief ging volgens Kuenen en Schüffner uit van een verouderd onderscheid tussen de theoreticus en de clinicus. Wellicht was voor de Nederlandse praktijk een kliniek het voornaamste onderdeel van een opleidingsinstituut, maar voor Nederlands-Indië ging dat niet op. De meeste artsen daar hadden het vooral druk op het gebied van de hygiëne. De kennis die zij daarbij nodig hadden kregen ze niet aan het ziekbed, maar in het laboratorium.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

*De nauwkeurigste wetenschap der verschijnselen en behandelingsmethoden der malaria en ankylostomiasis bijv., twee der grootste plagen, welke op zich zelf voldoende zijn elke cultuur en beschaving tegen te houden, zal onzen artsen geen steun kunnen geven in hun eerste plicht om deze ziekten te bestrijden en te voorkomen; haar herkenning is een mikroskopische, haar bestrijding moet berusten op een juist begrip harer epidemiologie. Hetzelfde geldt in nog grootere mate voor cholera, pest, dysenterie.*¹⁵⁰

Het kwam er allemaal op neer dat er in Indië een *Umwertung aller medizinischen Werten* plaatshad waar de leden van de NVTG, ondanks al hun tropenervaring, in hun eisen geen rekening mee hadden gehouden. Zij dachten blijkbaar dat een laboratoriumarts zijn praktijk verwaarloosde. Maar als men een theoreticus zag als iemand die voornamelijk kennis had van een ziekte en een practicus als iemand die daadwerkelijk de ziekte bestreed, dan was de Nederlandse theoreticus de Indische practicus en andersom. Al was het maar omdat het aantal artsen in Indië te gering was om met individuele ziektebestrijding werkelijk zoden aan de dijk te kunnen zetten. En dus zouden niet het ziekbed en de patiënt de voornaamste zaken in een opleiding voor tropenartsen moeten zijn, maar de boeken over 'bacteriologie, immuniteitsleer, epidemiologie, protozoölogie, parasitologie, voedingsleer enz.'¹⁵¹

Blijkbaar was de opvatting van de NVTG nog steeds die dat 'de Javaan nog niet rijp is voor moderne hygiëne'. Maar hij zou dat ook nooit worden 'zoolang wij met de handen in den schoot rustig toekijken en slechts hen persoonlijk helpen, die ons om hulp komen vragen'. Hygiëne in Nederlands-Indië was geen utopie, de plantages in Deli waar Kuenen en Schüffner werkten hadden het bewezen. Zeker, de omstandigheden waren daar zeer gunstig voor hygiënische maatregelen, maar dat wilde niet zeggen dat het dus elders niet kon, zoals bijvoorbeeld De Vogel op Semarang had bewezen. De conclusie van Kuenen en Schüffner was dan ook:

*De praktijk van de meeste der tropenartsen ligt voor een groot deel op het gebied der hygiëne, en waar dit nog niet zoo is, daar behoort het zoo te worden en het is de taak van het instituut voor scheeps- en tropenhygiëne tot dat doel mede te werken. Het instituut zij dus in de eerste plaats een hygiënisch instituut; voorop blijve staan het onderricht in de tropenhygiëne.*¹⁵²

Keuze voor klinisch onderwijs in Leiden

Ondertussen ging het werk in Amsterdam en Leiden gewoon voort. Naar klinisch onderwijs in de tropische geneeskunde had men in Leiden wel oren. Nieuwenhuis had een gesprek met enkele Leidse hoogleraren waarin hem was meegedeeld 'dat de medische faculteit reeds lang werkzaam was voor het verkrijgen van een *docent in de tropische geneeskunde* en dat men *bij de nieuwe ziekenhuisplannen* er op rekende'. De inspanningen van vooral de hoogleraren D.A. de Jong en P.Th.L. Kan leidden tot de oprichting van de Leidsche Vereniging ter Bevordering van de Studie der Tropische Geneeskunde op 18 juni 1914. 'Reeds dadelijk werd toen door verschillende hoogleeraren te Leiden voor artsen uit Indië de gelegenheid opengesteld *als assistent werkzaam te worden gesteld*,' aldus Nieuwenhuis. De eerste cursus, in de vorm van voordrachten, werd al één jaar later gegeven.¹⁵³

Nieuwenhuis was verheugd en greep de Leidse ontwikkelingen aan om de lofttrompet over de eigen vereniging te steken en indirect Kuenen en Schüffner van replik te dienen. De aanleiding was een brief van het bestuur van de Leidse vereniging, inclusief enkele exemplaren van het cursusprogramma. Het was het gevolg van het streven van de NVTG geweest dat, 'terwijl vroeger vrijwel uitsluitend de studie der tropen-hygiëne op den voorgrond werd gesteld, thans ook aan het klinisch onderwijs een belangrijke plaats ingeruimd wordt'.

Wel kan het belang van het eerste, gelet op de gunstige uitkomsten, die door de toepassing van de maatregelen der hygiëne in Deli bereikt zijn, niet worden ontkend, maar toch mag niet vergeten worden, dat voor ieder arts, die in de tropen werkt, de kennis van de daar heerschende ziekten, van het land en van het volk onontbeerlijk is. De Leidsche vereeniging heeft van den beginne af in die richting gewerkt, terwijl thans ook aan het Instituut voor Tropische Hygiëne te Amsterdam de studie der klinische vakken op het leerplan geplaatst zal worden. Daar het voor de meeste studenten een groot bezwaar is om, wanneer zij eindelijk hun doel bereikt en het artsdiploma verworven hebben, nog een half jaar of langer te wachten met in de praktijk te gaan om nog eens weer college te gaan loopen, heeft de vereeniging te Leiden gemeend, dat het in het belang der studenten is, hun reeds gedurende hun studietijd gelegenheid te geven, zich op de hoogte te stellen van de tropische ziekten.¹⁵⁴

Het zal wel zo zijn, maar het is wel enigszins in tegenspraak met wat diezelfde Nieuwenhuis enkele jaren later zou zeggen in zijn lezing ter gelegenheid van het tienjarig bestaan. Anders dan bij de opleiding in Amsterdam had de NVTG, zo zei Nieuwenhuis, nauwelijks bemoeienis gehad met de ontwikkelingen in Leiden omdat daar van meet af aan hygiëne en kliniek hand in hand gingen.¹⁵⁵

Het Leidse instituut zou zich snel uitbreiden. Behalve het opzetten van een cursus tropische geneeskunde aan de universiteit wilde de Leidse vereniging namelijk ook de ziekten bestuderen die typerend zijn voor scheepslui die terugkwamen uit de tropen. Daarvoor was echter een ziekenhuis nodig, maar voor de financiering daarvan hoefde de Leidse vereniging, zoals we nog zullen zien, niet op de overheid te rekenen. Toen echter schoten de Rotterdamse reders de medici te hulp. Dit na een bezoek van Kan en De Jong aan een van hen. Die werd door hen gewezen op het belang van de studie van tropische ziekten in Leiden en dat de Rotterdamse haven daaraan een bredere grondslag kon geven. Al stond zeker Kan bekend als een overtuigend redenaar, al te veel moeite schijnt het de twee Leidse-naren niet te hebben gekost om de havenbaronnen aan hun zijde te krijgen. Een ziekenhuis was immers 'uiteraard in het belang van hun employés die ziek uit verre havens terugkwamen', zoals De Knecht-Van Eekelen het formuleerde. De reders besloten dan ook uit particuliere fondsen het gevraagde ziekenhuis op en in te richten.

Als gevolg daarvan werd in 1920 de naam veranderd in Vereeniging Instituut voor Tropische Geneeskunde Rotterdam-Leiden. Kan werd een van de leden van het dagelijks bestuur. Het leidde tot nieuwe aanstellingen. G.J.W. Koolemans Beynen (1874-1938), lid van de NVTG en in de jaren twintig ondervoorzitter en daarna voorzitter, werd reeds in 1916 hoogleraar in de tropische geneeskunde. Hij kreeg de leiding over een kleine ziekenzaal, bestemd voor ernstig zieke zeelieden. Ook J.D. Käyser (1862-1940) gaf vanaf 1916 les in de tropische huidziekten, iets wat hij tevens deed aan de Hogere Krijgsschool en

de Zendingsschool. Samen met Kiewiet de Jonge had hij in Indië de Vereniging ter Bestrijding van Lepra opgericht. Nu werd ook P.C. Flu (1884-1945) tot hoogleraar in de tropische hygiëne aangesteld met de op 11 juni 1921 afgestoken rede *De invloed van factoren buiten het menselijk organisme en de verspreiding van infectieziekten in de tropen*. Hij werd tevens benoemd tot directeur van het tropisch geneeskundig instituut. Evenals hun Amsterdamse collega's dan wel concurrenten, speelden zij een vooraanstaande rol in de NVTG, of zouden daarin een voorname rol gaan spelen.

Het resulteerde allemaal in de opening van het Rotterdamse Havenhospitaal inclusief enkele laboratoria, op 18 oktober 1927. Daarmee was in Nederland 'de eerste ziekeninrichting, speciaal bestemd voor opnemings- en behandeling van zieke zeelieden en van lijders aan tropische ziekten geopend, welke tevens dienstbaar gemaakt wordt aan het onderwijs en aan de bestudeering dier ziekten'.¹⁵⁶ Reeds midden jaren dertig werd het ziekenhuis grondig verbouwd. De opening werd verricht door minister-president Hendrik Colijn, die Rotterdam ervoor prees het ziekenhuis vrijwel geheel uit eigen zak te hebben bekostigd. Welk een 'burgerzin en offervaardigheid'!¹⁵⁷ Een week later werd op 3 en 4 oktober 1936 de derde gezamenlijke vergadering gehouden van de Nederlandse en de Belgische verenigingen voor tropische geneeskunde.¹⁵⁸ Kan was in de jaren dertig lid van het curatorium van het Havenziekenhuis. En zowel G.E.H. Verspijck Mijnsen (lid van de NVTG en herhaaldelijk spreker tijdens wetenschappelijke bijeenkomsten¹⁵⁹) als A.A. Hulshof (na de oorlog voorzitter van de NVTG) is er directeur van geweest. Het was in datzelfde Havenziekenhuis 'stilzwijgend' beleid 'dat bijvoorbeeld Amerikanen en Engelschen geen bloed krijgen van negers'.¹⁶⁰

Nadruk op hygiëne in Amsterdam

In Amsterdam was de eerste stap op medisch-tropisch onderwijsgebied gezet door Swellengrebel, de man die in 1962 tot erelid van de vereniging zou worden benoemd. Dit vanwege zijn 'internationaal bekende wetenschappelijke prestaties', 'zijn stimulerende invloed op de vergaderingen onzer vereniging' die hij 'sedert jaren reeds' bezocht en waarin hij 'zich altijd op onnavolgbare wijze in de discussie' had gemengd, én vanwege zijn 'uitnemend zesjarig voorzitterschap van 1952-1958'.¹⁶¹

Tegelijk met de oprichting van de afdeling tropische hygiëne in 1909 was Swellengrebel benoemd tot privaatdocent in de protozoölogie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij was daarmee overigens niet de eerste docent aan een Nederlandse universiteit speciaal op het gebied van de tropische geneeskunde. In 1900 was J.H.F. Kohlbrugge (1865-1941) in Utrecht al tot privaatdocent in 'de leer der klimaten en tropische ziekten' benoemd. Diens onderwijs was door zijn terugkeer naar Indië in 1902 echter niet van de grond gekomen.¹⁶² Swellengrebels benoeming kwam op een gunstig tijdstip vanwege de gestarte onderhandelingen om het Koloniaal Museum vanuit Haarlem naar de hoofdstad over te hevelen en verder uit te breiden. Het hieruit voortkomende in 1911 opgerichte Koloniaal Instituut zou zich, op initiatief van Saltet, tevens gaan bezighouden met tropische geneeskunde en hygiëne.

In 1912 werd Van Loghem aangesteld als directeur van de op te richten afdeling tropische hygiëne van het Koloniaal Instituut, en in 1916 werd hij benoemd tot buitengewoon hoogleraar in dit vakgebied. Een jaar eerder al was Kuenen benoemd tot lector in de tropische geneeskunde, een benoeming die drie jaar later in een leerstoel werd omgezet. Er

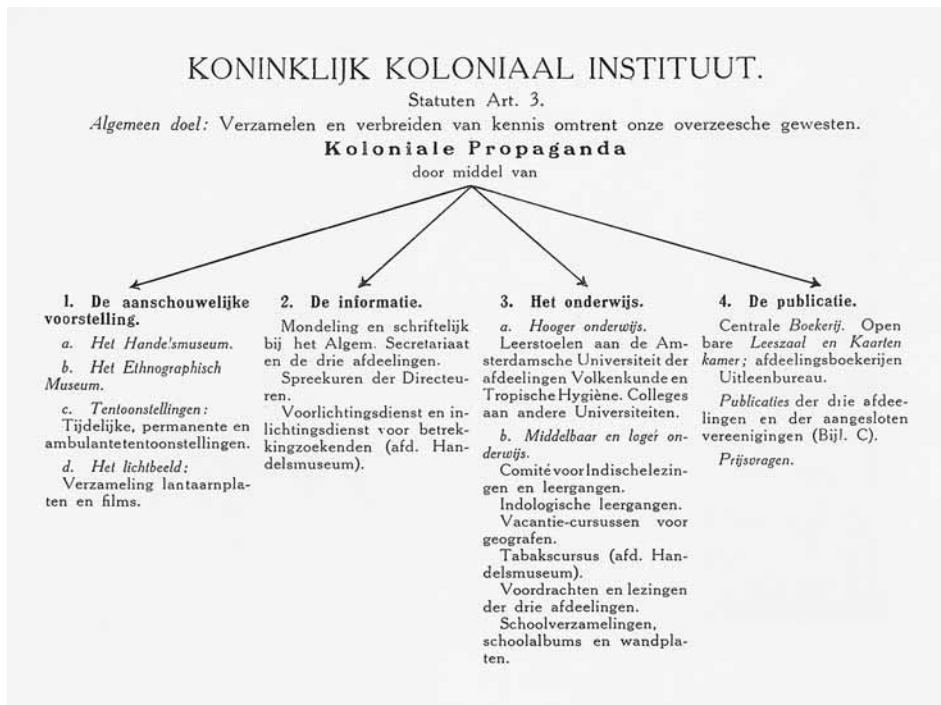


W.A.P. Schuffner en zijn afdeling tropische hygiëne van het KIT (Fotocollectie Tropenmuseum)

werd een 'leergang in tropische geneeskunde en tropische gezondheidsleer' opgezet waarin het accent lag op bacteriologie en hygiëne. De leergang werd bij koninklijk besluit verplicht gesteld voor naar Indië vertrekkende gouvernementsartsen van de Burgerlijk Geneeskundige Dienst. De cursus was tevens bestemd voor officieren van gezondheid van het Nederlands-Indisch leger. Als er plaatsen over waren mochten ook scheepsartsen, zendingartsen, plantageartsen en anderen die van plan waren in de tropen te gaan werken deelnemen.¹⁶³

Al lag het accent in Amsterdam op het laboratorium en niet op de klinische praktijk, de praktische blik overheerste bij de NVTG. En dus stemde het bestaan van het instituut met zijn afdeling Tropische Hygiëne de vereniging over het algemeen vrolijk. Het was dan ook weinig verrassend dat de leden het in de vergadering van eind mei 1913 het er geheel over eens waren dat civiele en militaire geneeskundigen voor hun uitzending naar Indië een cursus tropische ziekte zouden moeten volgen. En gelukkig zou daar binnenkort ook, althans ten dele, in kunnen worden voorzien. Het instituut voor tropische hygiëne in Amsterdam had zich bereid verklaard de aanstaande tropenartsen op hun taak te gaan voorbereiden. Onder leiding van Van Loghem zou les worden gegeven in microscopie, bacteriologie, protozoölogie, serologie, entomologie en helminthologie (wormziektekunde). Ook zou men proberen de cursisten volledig op de hoogte te brengen van epidemiologie en andere aspecten van de hygiëne in de tropen. Pathologie zou door middel van voordrachten van medewerkers van het instituut en deskundigen uit den lande tevens deel van de cursus uitmaken.¹⁶⁴

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



De tropische hygiëne en koloniale propaganda Instituut (Uit: C.J. Hasselman, *Het Koninklijk Koloniaal Instituut te Amsterdam*, Amsterdam 1926)

In datzelfde jaar 1913 besloot de Amsterdamse gemeenteraad tot de bouw van een nieuw universitair laboratorium voor gezondheidsleer, waarbinnen ook de afdeling tropische hygiëne een plek zou krijgen. Dat laboratorium was in 1915 nog niet gereed, maar de lessen konden toch al beginnen en wel in een pand in de nabijgelegen Sarphatistraat. Tot de belangstellenden hoorden gouvernementsartsen, officieren van gezondheid van de land- en zeemacht, zendingsartsen, plantageartsen, Indische artsen en particuliere geneeskundigen. Het onderwijs was erop gericht deze artsen voor te lichten over medische en hygiënische problemen van de verschillende bevolkingsgroepen als gevolg van de welvaartsverschillen. Van Loghem werd de eerste directeur van het laboratorium (1912-1923) en Schüffner de tweede (1924-1937).¹⁶⁵

Het wijst erop dat in de NVTG de kritische kijk van Nieuwenhuis op het Koloniaal Instituut door slechts een enkeling werd gedeeld, getuige ook de woorden uitgesproken tijdens de vergadering ter viering van het tienjarig bestaan van de vereniging. Het sprak vanzelf 'dat de hulp van zulk een machtig lichaam voor het totstandbrengen van wat wij nastreefden in ons midden met de grootste sympathie werd aangezien, daar nu zoowel van uit *Leiden* als van uit *Amsterdam*, zoowel van *officieel wetenschappelijke als van particuliere zijde* voor ons streven machtige hulp verkregen werd'.¹⁶⁶

In 1916 zou Swellengrebel het waarom van een opleiding tropische hygiëne aan het Koloniaal Instituut uitgebreid uit de doeken doen. De zorg voor de volksgezondheid in Nederlands-Indië was, zo schreef hij, een taak van de Burgerlijke Geneeskundige Dienst. Die moest voornamelijk proberen de grote volksziekten die er huishielden te beteugelen

en beoefende dus in eerste instantie de preventieve geneeskunde. De artsen in dienst van deze organisatie waren daarom 'hygiënist die de resultaten der wetenschappelijke onderzoekingen over het ontstaan en voorkomen der volksziekten in de tropen practisch toepassen'. De daarvoor benodigde kennis werd aan de universiteiten echter niet voldoende onderwezen. Het was dan ook 'een algemeen ervaringsfeit, ook in andere landen met koloniaal bezit', dat de kennis om als volksgezondheidsambtenaar in Nederlands-Indië aan de slag te gaan vaak tekortschoot.¹⁶⁷

Die andere koloniale landen waren daarom al tot oprichting van zulke scholen overgegaan, maar Nederland nog niet, hoewel volgens Swellengrebel de bewijzen voor het positieve effect van zo'n opleiding voor het land overduidelijk waren. Daarbij wees hij ook op het positieve effect op de 'gezondheidstoestand onder de koeliebevolking op de tabaks-ondernemingen der Senembah Maatschappij (Deli)' door het werk van Schüffner en Kuenen. Die hadden het bewijs geleverd dat goede zorg 'ten slotte materieel voordeel aanbrengt'. Het was vooral Saltet geweest, zo ging Swellengrebel verder, die de noodzaak had benadrukt om de naar Indië vertrekkende artsen een aanvullende cursus in de tropische hygiëne te laten volgen. Die noodzaak bleek nog sterker door de 'vele aanvragen, die hij in dien zin van studenten en oud-studenten ontving en waaraan hij niet kon voldoen'.¹⁶⁸ Saltet had zijn argumenten hiervoor ontleend aan een verslag van Kuenen en Schüffner over tien jaar plantagewerk in Oost-Sumatra (1897-1907), dat daardoor een grote rol in de discussie over het medisch-tropisch onderwijs heeft gespeeld. Door Saltet, en dus door het werk van Kuenen en Schüffner, werd in Amsterdam bij het opzetten van een cursus in de tropische geneeskunde de nadruk gelegd op een theoretische scholing over tropische ziekten en hygiëne en werd een ziekenhuis onnodig geacht.¹⁶⁹

In 1910 werd op initiatief van Cremer (de oud-minister van Koloniën) en van diens partijgenoot Henri François Rudolf Hubrecht (Amsterdams ondernemer en jarenlang Tweede-Kamerlid voor de Liberale Unie) tot de oprichting van het Koloniaal Instituut besloten. Het was aan Saltet te danken dat er ook een afdeling tropische hygiëne aan het instituut werd verbonden; hij had ook persoonlijk op de voordelen van een verbinding aan het Koloniaal Instituut gewezen. In 1912 was Van Loghem tot directeur benoemd 'en belast met hare organisatie in afwachting van de voltooiing van het gebouw'.

Om niet geheel van die voltooiing afhankelijk te zijn en om aan de roep vanuit Indië om goed opgeleide artsen op het gebied van de tropische hygiëne zo spoedig mogelijk tegemoet te kunnen komen, werd in 1915 door de minister van Koloniën – vrijzinnig-democraat Thomas Bastiaan Pleijte – aan Van Loghem de opdracht verstrekt alvast een cursus te gaan geven. De directe aanleiding daarvoor was een verzoek geweest van de toenmalige hoofdinspecteur van de Burgerlijke Geneeskundige dienst, die ook Van Loghem als cursusleider had voorgesteld. De afdeling tropische hygiëne was tot leven gewekt.¹⁷⁰ Voor het werk op die afdeling vond men een voortdurende wisselwerking met het werk in de tropen zelf essentieel. Zo konden onderzoeken die niet in de tropen zelf konden worden uitgevoerd, in het instituut uitgevoerd worden. Een voorbeeld is het onderzoek in 1928 naar gele koorts. Het risico dat daaraan was verbonden werd in de tropen zelf veel te groot geacht, wat reden was om het in Amsterdam uit te voeren.¹⁷¹

Concurrentie tussen de opleidingen

De twist die tussen de opleidingen van Leiden en Amsterdam ontstond ging over de vraag of de opleiding voor tropenartsen meer klinisch van aard moest zijn – vond Leiden – of meer gericht op algemene hygiëne – vond Amsterdam. De strijd tussen de Leidse opvatting van praktische oplossingen voor directe problemen in een tropische omgeving enerzijds, en het Amsterdamse hygiënisme en interventionisme anderzijds is in feite een voortzetting op Nederlandse bodem van het geschil 'Indië of Nederland'. Ook dit discussiepunt bleek de meningen weer behoorlijk te verdelen.¹⁷² Het merendeel van de NVTG-leden stond meer op een Leids dan op een Amsterdams standpunt, maar de mening van degenen die het met dat standpunt oneens waren, kon niet zomaar worden genegeerd.

Nieuwenhuis echter, die in 1915 Van der Scheer als voorzitter was opgevolgd, hamerde op het belang van een zowel theoretische als praktische opleiding over tropische ziekten, hygiëne, taal- en volkenkunde. Een opleiding met een goed laboratorium en een goede bibliotheek, en tevens een ziekenhuisafdeling met voldoende patiënten. Hij wilde een klinische scholing van toekomstige tropenartsen, bij voorkeur in een universitair ziekenhuis.¹⁷³ Daarom ging zijn hart uit naar de – natuurlijk mede door hemzelf vormgegeven – opzet in zijn eigen Leiden. Niet alleen vanwege de afwezigheid van een kliniek in Amsterdam, maar ook omdat daar (nog) geen contact met de twee hoofdstedelijke universiteiten was gelegd. Het neemt niet weg dat velen in de NVTG concludeerden dat het feit dat er in Amsterdam een afdeling tropische hygiëne was gestart, de kansen voor overheidserkenning van de opleiding in Leiden aanzienlijk reduceerde. De NVTG besloot daarom in 1915 toch om beide opleidingen te steunen.

Maar daarmee was, zoals we zullen zien, de kou allesbehalve uit de lucht.¹⁷⁴ De discussie over theorie en praktijk van de beide opleidingen op zich was een goede zaak geweest, aldus Nieuwenhuis in 1917. Daardoor was aangetoond dat de beslissing om de opleiding in Nederland en niet in Nederlands-Indië te stationeren, toch echt de juiste was geweest. En hij prees zich daarbij gelukkig dat het de NVTG was 'waar de verschillende meningen in het debat aan elkaar getoetst kunnen worden'.¹⁷⁵ Die 'toetsing van meningen' had echter ondertussen wel nogmaals duidelijk gemaakt dat de NVTG in die dagen een vereniging was die met medische instrumenten koloniale belangen ondersteunde.

Bij afwezigheid van Nieuwenhuis, had in mei 1916 ondervoorzitter Winkler verklaard dat 1915 een mijlpaal was geweest in de geschiedenis van de vereniging en van het onderwijs in de tropische geneeskunde.

*Ons land, dat in verhouding tot zijn grootte zeker het uitgebreidste koloniale bezit heeft, was tot dusver het land, waar het minste aan het onderwijs in de daar heersende ziekten werd gedaan. Thans is er een begin gemaakt en bestaat de hoop, dat de belangstelling in en de gelegenheid tot de studie der tropische ziekten hier evenredig zal worden aan de belangrijkheid van ons groote koloniale bezit. Moge de tegenwoordige oorlog, die overal, zij het niet altijd op aanbevelingswaardige wijze, het nationale bewustzijn doet opleven, ook bij ons het bewustzijn levendig doen worden, dat wij tegenover onze koloniën ook in geneeskundig opzicht een taak te vervullen, aan een verlichting te voldoen hebben.*¹⁷⁶

De NVTG vleide zich 'met de gedachte dat het werk onzer vereniging op de oprichting en ook de inrichting [van beide opleidingen] niet zonder invloed' was geweest. Dat wilde

zij kenbaar maken door zowel aan Leiden als aan Amsterdam 'een jaarlijksche bijdrage van 75 gulden uit onze kas te schenken'.¹⁷⁷ Dit gebaar verhinderde echter niet dat reeds een jaar later het onderwerp weer opnieuw op de agenda kwam. De aanleiding was de beslissing van minister Pleijte om inderdaad aan Leiden overheidssteun te onttrekken. Alle regeringskaarten zouden op Amsterdam worden gezet. Per koninklijk besluit was reeds in september 1915 bepaald dat toekomstige gouvernementsartsen verplicht de Amsterdamse cursus moesten volgen. Die was in april 1916 van start gegaan en had als gevolg van de overheids-subsidie een vaste staf ter beschikking. De Leidse cursus was al in 1915 gestart, maar moest zich vanwege het ontbreken van overheidssubsidie beperken tot zes weken avondcursus met op de woensdag een practicum. In 1916 werd het wel aan officieren van gezondheid toegestaan de Leidse cursus te volgen.¹⁷⁸ Het werd door Leiden allemaal als een ernstige vorm van discriminatie opgevat, waardoor het hoofdbestanddeel van de NVTG-vergadering van eind juni 1917 was gewijd aan een uiteenzetting van de Leidse hoogleraar Kan over 'het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland in verband met de opvatting van den minister van Koloniën daaromtrent'.

Kan kon niet anders dan tegen de opvatting van minister Pleijte zijn stem verheffen, al was hij geen tropenarts en ook nooit in Nederlands-Indië of een van de andere Nederlandse koloniën geweest. Wel was hij van meet af aan een van de drijvende krachten achter de Leidse opleiding geweest, waaraan hij 'uit zuivere liefde voor onze koloniën' zijn 'tijd en werkkraft' had gegeven. Hij meende derhalve wel degelijk over het onderwerp te kunnen spreken. Juist omdat hij zelf geen docent tropische geneeskunde was, kon hij dat misschien nog 'wel met meer vrijmoedigheid [...] dan zij die direct bij het geven van dat onderwijs betrokken' waren.¹⁷⁹

Kan begon zijn requisitoir met op te merken dat 'men thans in landen met koloniaal bezit gewenscht acht aan artsen die in de tropen werkzaam zullen zijn, een vooropleiding te geven die hen beter geschikt maakt voor den werkkring welke hen later wacht'. Dat was tot voor kort, ook in Leiden, niet het geval. Daar had men maar liefst twintig jaar op de komst van een leerstoel moeten aandringen. De pestuitbraak op Java en de problemen die de regering had ondervonden om voldoende medisch personeel te krijgen ter bestrijding daarvan, hadden doen besluiten om het tropisch geneeskundig onderwijs in Leiden toch alvast ter hand te nemen – in samenwerking met de faculteit der geneeskunde en gesteund door curatoren en senaat. Dit in afwachting van wat de regering zelf later nog zou doen. Het resulteerde in de oprichting van de Leidse vereniging en leidde binnen enkele jaren tot het starten van het onderwijs in de vorm van voordrachten. Van dit alles werden de ministers van Binnenlandse Zaken en Koloniën veelvuldig op de hoogte gesteld. De verwachting was dan ook geweest dat beiden het initiatief zouden steunen. Maar in het geval van minister van Koloniën Pleijte viel dat dus bitter tegen.¹⁸⁰

De Leidse vereniging ontving in april 1915 een schrijven van Binnenlandse Zaken dat Pleijte tegen het verstrekken van een subsidie 'ten laste van de Indische begroting' was, 'ondanks het feit dat voorafgegane besprekingen aan het ministerie van Koloniën den indruk hadden gewekt dat dit, de Leidsche vereeniging als zeer nuttig erkennende, haar zou steunen'. 'Waarschijnlijk', zo zei Kan, 'was dit een voorbode van wat later door den minister zou worden besloten'.¹⁸¹

Ondertussen was men ook in Amsterdam met onderwijs begonnen, wat Leiden ertoe had aangezet 'met kracht op den ingeslagen weg voort te gaan, in de overtuiging, dat eventuele samenwerking en eerlijke wetenschappelijke concurrentie niet anders dan een belangrijke bevordering van de goede zaak zou kunnen zijn'. Dit ondanks het feit dat door

de economisch moeilijke tijden er geen subsidie van overheidswege kon worden ontvangen. Met behulp van particuliere steun probeerde men echter het onderwijs zo uit te breiden en vorm te geven dat het toch gezien de omstandigheden de best mogelijke voorbereiding op het werk in de tropen zou gaan worden.¹⁸²

Kort daarop werd duidelijk dat Pleijte subsidie wilde gaan verstrekken om het mogelijk te maken dat artsen die in dienst wilden treden van de Indische Burgerlijke Geneeskundige Dienst, 'bijzondere leergangen in hygiëne en bacteriologie zouden kunnen volgen, alvorens naar Indië te vertrekken'. Omdat de minister geheel op de hoogte was van wat er in Leiden gebeurde, was de verwachting dat zowel Amsterdam als Leiden subsidie zou ontvangen. En dus was de teleurstelling groot toen vernomen werd 'dat deze cursus door aanstaande gouvernementsartsen alleen gevolgd mocht worden te Amsterdam'. Het leidde tot een strijd tussen de Leidse vereniging en de minister 'omdat nu eenmaal niet [kon] worden toegestaan, dat de minister op deze wijze een goede instelling benadeelt ter wille van een andere zonder logische en in onderwijsaangelegenheden waarde hebbende argumenten'. Dit alles was des te pijnlijker omdat, aldus Kan, er in Amsterdam eigenlijk nog niets van de grond was gekomen en alles zich nog op het niveau van de plannenmakerij bevond, en omdat bovendien een rijksminister zodoende aan een gemeentelijke universiteit de voorkeur gaf boven een rijksuniversiteit. Kan concludeerde hierop dat de minister een 'reactionair' besluit had genomen, dat in strijd was met alles wat in het belang van de koloniën gewenst moest worden geacht.¹⁸³

Dit oordeel werd nog versterkt toen Kan de mogelijke beweegredenen van de minister onder de loep nam, een minister die overigens niet geheel onbekend was met het geneeskundig veld. Zijn juridisch proefschrift, waarin hij zich keerde tegen de kwakzalverij, had gehandeld over de verkoop van geneesmiddelen. Naar verluidt was zijn besluit gebaseerd enerzijds op de voorkeur van in Indië werkende ambtenaren, en anderzijds op de opvatting van het Amsterdamse Koloniaal Instituut dat de Leidse cursus zijn belangen schaadde. Die ambtenaren beschouwden Amsterdammer Van Loghem als de enige echte specialist op het gebied van tropische hygiëne, wat door de Leidenaren natuurlijk werd bestreden.¹⁸⁴ Zij konden van de ontwikkelingen in Nederland en van de inhoud van de Leidse cursus helemaal niet op de hoogte zijn. En wat het argument van schade betreft: als dit inderdaad waar was, dan moest volgens Kan worden bedacht dat zowel de ambtenaren als het Amsterdamse instituut 'het gedurende zoo langen tijd verwaarloosde onderwijs in de tropische geneeskunde' tegen hadden gewerkt en dat op een moment 'waarop onze koloniën al onze aandacht, onze sympathie en vooral ook de medewerking van ons verstand vragen'. Zij stonden dan ook 'per slot van rekening een ongezonde zaak' voor die tot mislukken was gedoemd en alleen maar nadelige gevolgen kon hebben. En helemaal belachelijk werd het als werd bedacht dat Pleijte de opleiding in een plaats met een grote haven wilde hebben. Alsof Leiden niet sinds jaar en dag nauwe connecties had met Rotterdam!¹⁸⁵

Het toppunt echter was toch wel dat de minister de Leidse cursus wel geschikt achtte voor officieren van gezondheid. De minister had over de Leidse cursus gezegd dat als de Tweede Kamer niet akkoord zou gaan met het verstrekken van subsidie aan het Amsterdamse instituut, hij iedere andere cursus boven die van Leiden zou verkiezen. Die cursus was dus volgens hem duidelijk minderwaardig. Maar dan zou zij wel geschikt zijn voor officieren van gezondheid? Dan moest de conclusie toch zijn dat die in zijn ogen minderwaardige artsen waren. Of was hun werk in Indië soms minder belangrijk dan het werk van de artsen van de Burgerlijke Geneeskundige Dienst? Een vreemd standpunt voor een minister van Koloniën, zeker als wordt bedacht dat in de buitengewesten het vooral offi-

cieren van gezondheid waren die het werk deden dat elders door de artsen van de civiele dienst werd gedaan.

Maar dat was natuurlijk niet alles. Juist voor officieren van gezondheid – zo citeerde Kan met instemming een aan hem gerichte brief van oud-militair arts Koolemans Beynen – was kennis van het ‘bacteriologisch-hygiënisch deel onzer wetenschap’ van groot belang. Zij waren immers verantwoordelijk voor de gezondheid van het Nederlandse leger. En van die gezondheid hing weer voor een groot deel het welslagen van een militaire expeditie af. Dit werd al bewezen door de op dat moment woedende Europese oorlog, en dat gold nog veel sterker in de ongezonde omgeving van de evenaar. Koolemans Beynen schreef:

*Ieder officier van gezondheid, die wel eens in Indië te velde geweest is, zal dan ook wel met mij van oordeel zijn, dat het van veel grooter belang voor een expeditie troepenmacht is, dat zij zooveel en zoo goed mogelijk tegen infectieziekten bewaakt wordt, dan dat de meestal zeer weinige verwondingen op onberispelijk chirurgische wijze worden behandeld.*¹⁸⁶

Dat de Nederlandse legers wel degelijk bij tijd en wijle heel wat gewonden hadden te betreuren en dat de chirurgen van dat leger dus niet zo werkloos waren als Koolemans Beynen doet vermoeden, is niet van belang. Wat wel van belang is, is dat Kan het Nederlandse politiek-militaire belang in de tropen aanvoerde als argument voor een goede opleiding in de tropische geneeskunde, nadat eerst ook al het economische belang daarvan was onderstreept.

De discussie die op de lezing van Kan volgde, ging er paradoxaal genoeg voornamelijk over of dit onderwerp wel zou mogen worden bediscussieerd én of het wel in de notulen zou mogen worden opgenomen. Volgens enkelen was het karakter daarvoor te polemisch en te weinig wetenschappelijk. Opname in de notulen zou derhalve de vereniging alleen maar kunnen benadelen. Uiteindelijk werd tot plaatsing besloten met 17 stemmen voor en 7 tegen.¹⁸⁷ Het neemt niet weg dat in de discussie eveneens veel punten die Kan naar voren had gebracht, werden onderstreept of onderuitgehaald. Met name Kuenen, medewerker van het Amsterdamse instituut, fulmineerde fel tegen Kans redevoering, waarbij tevens het gevoel dat men zoiets niet kon maken tegenover een minister een flinke rol speelde.¹⁸⁸

Hoezeer hij gekant was tegen Kans opmerkingen bleek wel toen Kuenen zijn vooral tijdens de volgende vergadering uitgebreid geopperde bedenkingen in een brochure nogmaals uit de doeken deed. Daarbij was de titel veranderd van ‘Opmerkingen bij de actie der Leidsche Vereeniging’ in *Het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland in gevaar door de actie der Leidsche Vereeniging*.¹⁸⁹ Het argument echter dat de tropische geneeskunde moest worden gedoceerd omdat daarmee de Nederlandse belangen in de Oost zouden worden gediend, was geen onderwerp van discussie. Als er al iets over werd gezegd, dan was het dat iedere vorm van frictie tussen de burgerlijke en de militaire geneeskundige dienst moest worden vermeden en dat een gedegen opleiding in alle facetten van de tropische geneeskunde voor beide van groot belang was.¹⁹⁰ Dat was geen opmerking die enige oppositie tegen dit standpunt van Kan en Koolemans Beynen doet vermoeden.

Dit werd bevestigd in de volgende vergadering waarin Kuenen zoals gezegd uitgebreid op Kans lezing terugkwam.¹⁹¹ Weliswaar bleef hij van mening dat polemieken niet in de verenigingsvergaderingen en zeker niet in de notulen thuishoorde, maar Kans lezing kon hij toch niet over zijn kant laten gaan. Die lezing had namelijk de medewerkers van het Amsterdams

instituut zeer gekrenkt. Punt voor punt ging hij Kans opmerkingen af en probeerde hij ze te weerleggen, leidend tot de conclusie dat de minister wijs had gehandeld omdat het zonde van tijd, energie en kosten zou zijn om voor het kleine aantal personen waar het om ging – ongeveer twintig – in een klein land als Nederland twee opleidingen te hebben.¹⁹²

*Slechts de regeering en de Staten-Generaal zullen het dreigend gevaar kunnen keeren door duidelijk uit te spreken, dat zij voor Nederland slechts één Instituut voor het geven van onderwijs in de tropische geneeskunde wenschen. Zij kunnen dit doen door steun te verleenen uitsluitend aan het Instituut voor Tropische Hygiëne, dat met hun goedkeuring en hulp door het Koloniaal Instituut te Amsterdam in het leven werd geroepen, en aan anderen gelijkstelling of steun te weigeren. Verzuimen zij dit, dan zal Nederland nooit het krachtige en bloeiende Instituut voor Tropische Geneeskunde krijgen, waarop het recht heeft, en zal Nederland minstens dubbel moeten betalen voor de helft van wat haar toekomt.*¹⁹³

Onder de punten die Kuenen trachtte te ontcrachten, bevond zich ook Kans opmerking dat de minister de Militair-Geneskundige Dienst blijkbaar een minderwaardige dienst achtte vergeleken met de Burgerlijke Geneskundige Dienst, omdat voor officieren van gezondheid de minderwaardige opleiding te Leiden goed genoeg zou zijn. Onzin, aldus Kuenen. Aan officieren van gezondheid werden gewoon andere eisen gesteld dan aan medewerkers van de civiele dienst. Daarom was van die kant ook niet de wens geuit de opleiding in Amsterdam te volgen en had de minister dus niet de behoefte gehad een keuze te maken. Natuurlijk had, zo zei Kuenen, Koolemans Beynen volkomen gelijk met zijn opmerking dat officieren van gezondheid hygiënisch goed moesten zijn onderlegd. Hij, en hij niet alleen, had diens pleidooi ‘met warme instemming [...] gehoord en gelezen’. Maar dat nam niet weg dat de militaire dienst niet een organisatie was enkel en alléén toegelegd op hygiëne, zoals de civiele dienst dat wel was. De hygiëne was bij de opleiding voor officieren van gezondheid dus ‘van minder overwegend belang’.

*Nogmaals: er is geen sprake van minderwaardigheid van de militaire artsen of van de Leidsche docenten, zooals prof. Kan wil doen gelooven. Door den officieren van gezondheid de vrije keuze te laten wordt bewezen, dat de opleiding [van hen] bij beide instellingen, te Leiden en te Amsterdam, in goede handen wordt geacht te zijn.*¹⁹⁴

Ook al kwam hij dan tot een tegenovergestelde conclusie, ook bij Kuenen speelde de kracht van het Nederlandse leger, via een goede opleiding van de officieren van gezondheid, dus een rol. Dat Kan en Kuenen wat dat betreft op dezelfde golflengte zaten, werd in de discussie na afloop van Kuenens verhaal nog eens bevestigd. Daarin trok Kan vanzelfsprekend fel van leer tegen Kuenens opmerkingen, en zeker tegen diens conclusie dat voor slechts twintig mensen twee opleidingen echt te veel van het goede zouden zijn. Als hij dat werkelijk meende, dan verloor hij het grotere goed toch echt uit het oog. Want juist door meer centra in te richten kon de belangstelling worden aangewakkerd en zou dat kleine aantal kunnen groeien. En dat was hoognodig omdat het uit moest zijn met de betreurenswaardige, maar nu helaas nog noodzakelijke noodgreep van ‘het plaatsen van buitenlanders’ op medische posten in de archipel.¹⁹⁵

Uiteindelijk werd de discussie afgesloten door De Jong, die ondanks zijn inspanningen voor de Leidse opleiding inhoudelijk gezien een middenpositie innam. Hij onderschreef weliswaar Kans opmerkingen en was het ook niet eens met Kuenen die minister Pleijte buiten de discussie wilde houden, maar hij steunde wel diens conclusie dat één opleiding voldoende was, al liet hij in het midden of die in Amsterdam of Leiden moest worden gesitueerd.

De belangen van het onderwijs [behooren] bij den minister van Binnenlandsche Zaken [...]. [Het gaat eigenlijk niet aan] dat de minister van Koloniën daar op eenige wijze ingrijpt. Maar de vraag, bij wie het onderwijs thuis behoort, raakt niet de kwestie welke wij hier behandelen, want die vraag is voor het onderwijs zelf van geen belang. De vraag, waarom het gaat, is uitsluitend deze: heeft Nederland twee instituten noodig en is het in staat twee instituten behoorlijk van onderwijskrachten en -middelen te voorzien? Volgens mij kan men onmogelijk deze vragen bevestigend beantwoorden.¹⁹⁶

Maar Kan was niet overtuigd door het weerwoord van Kuenen, en ook niet door de opmerkingen van De Jong. Dat bewees hij al snel met de brochure *Het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland, een stiefkind in geval van monopoliseering aan het Koloniaal Instituut te Amsterdam*. Hierin viel hij in wellicht nog fellere bewoordingen nogmaals het standpunt van de minister aan en dus ook dat van Kuenen. Nu hadden beiden hun in de vergadering van de NVTG verwoorde opvattingen in brochurevorm uitgegeven, waarbij het Kan tegen de borst stuitte dat Kuenen daarin wijzigingen had aangebracht in vergelijking met zijn publieke voordracht, waaronder dus de titel.¹⁹⁷ Bovendien gaf Kuenens brochure, in de ogen van Kan, opnieuw blijk van een – in beide betekenissen van het woord – eng standpunt, dat ook dat van de minister en van het Koloniaal Instituut in zijn geheel kenmerkte. Kuenens opvatting dat het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland alleen kon gedijen wanneer het door Amsterdam werd ‘gemonopoliseerd, ook al bestaat elders een even goede gelegenheid’, bleef dus om weerwoord schreeuwen.

Zij [de opvatting, LvB] wil den minister van Koloniën steunen in zijn niet gerechtvaardigde standpunt, waarbij hij, ten opzichte van de opleiding van artsen voor den Burgerlijken Geneeskundige Dienst in Indië, zonder goede redenen en op grond van eenzijdige adviezen de Amsterdamsche cursussen prefereert boven de even goede Leidsche. Zij heeft verder de bedoeling het te Leiden gegeven onderwijs te doen dooddrukken ter wille van het Amsterdamsche, omdat Nederland, met het oog op versnippering van krachten, maar één gelegenheid zou mogen bezitten die te Amsterdam zou moeten bestaan, iets waartegen ik en de vrienden van het Leidsche onderwijs met mij zich verzetten, omdat men zeker geen recht heeft het goede onderwijs in Leiden wél, dat te Amsterdam niet op te offeren, maar ook omdat ik de overtuiging heb dat het bezit van meer dan één inrichting het tropische geneeskundig onderwijs in bredere banen zal leiden en het nadeel van eenzijdige opvattingen zal bezweren. [...] Mocht ik mij [...] op een eenzijdig standpunt hebben geplaatst [...] zooals dr. Kuenen [...] meent, dan vergete hij niet dat ik mij heb geplaatst op een eenzijdig ruim, hij zich zelf op een eenzijdig eng standpunt. Dat is wel het verschil tusschen ons beiden.¹⁹⁸

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Je zou denken 'dit komt nooit meer goed', maar Kan was een vergevingsgezind persoon. Hij eindigde zijn lange filippica dan ook met de verzekering 'die ik reeds eenige malen, onder andere in de laatste vergadering van de Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde, heb gegeven, dat de Leidsche vereeniging, ondanks hetgeen gebeurd is, indien de minister slechts zijn eenzijdig standpunt wil laten varen en de pogingen van Amsterdamsche zijde de Leidsche beweging dood te drukken, worden gestaakt, te allen tijde bereid is met Amsterdam samen te werken ter bereiking van het hooge doel: de verbetering van het tropische geneeskundig onderwijs in Nederland'.¹⁹⁹

En zo geschiedde. Er kwamen twee opleidingen en het subsidieverschil werd op 26 februari 1918 door de Tweede Kamer ongedaan gemaakt. Voortaan mochten gouvernements-artsen en officieren van gezondheid zelf bepalen welke cursus zij wilden volgen. Nu was ook in Leiden iedere financiële belemmering voor het opzetten van een eigen instituut en het aantrekken van een eigen hoogleraar verdwenen. Die hoogleraar werd Flu en in 1925 werd aan het Rapenburg het vernieuwde herbarium in gebruik genomen. De twee instituten zouden, eerst schoorvoetend, later min of meer vanzelfsprekend, zoals dat nu eenmaal gaat, gaan samenwerken. De medewerkers van beide instituten waren, voor zover valt na te gaan, allen lid van de vereniging. Ze zouden herhaaldelijk in die vereniging van hun bevindingen verslag doen, en daarmee een behoorlijke bijdrage leveren aan de verdere wetenschappelijke ervan.²⁰⁰

4 Het interbellum

Viering tienjarig bestaan

In 1917 vierde de vereniging het feit dat zij al tien jaar alle in- en uitwendige stormen had doorstaan en in die tijd het aantal leden zelfs had zien verdubbelen. Ter gelegenheid van het jubileum werd de eerste voorzitter Van der Scheer tot erelid benoemd. Die liet zich daarbij ontvallen dat de bloei van de vereniging was toe te schrijven aan ‘echt Nederlandsche degelijkheid en energie’.²⁰¹ De feestrede werd verzorgd door Nieuwenhuis. Die merkte op dat door de oorlog – die nog een jaar lang zou voortwoeden – van een van de oorspronkelijke doelstellingen, het publiceren van Nederlandse wetenschappelijke geschriften in een buitenlandse taal, niet veel was terechtgekomen. Maar over de ontwikkelingen in Nederland zelf kon men moeilijk ontevreden zijn. Niet alleen omdat er vele voordrachten waren gehouden over veel verschillende met tropische ziekten samenhangende onderwerpen, maar meer nog omdat dit grote aantal lezingen het resultaat was ‘van de buiten in de groote maatschappij zich afspelende groote ontwikkeling der belangstelling voor de geneeskundige wetenschappen in de tropen’.

Dat wij zelfs het vorig en dit jaar ter wille van de veelheid der wetenschappelijke voordrachten een grootter aantal samenkomsten hebben moeten houden dan ooit te voren, stemt inderdaad tot groote voldoening bij deze herdenking. Voor zoover het mij bekend is, werd er noch in Indië, noch hier te lande in dien tijd iets wetenschappelijks op geneeskundig gebied gevonden, dat niet in ons midden in een voordracht tot uiting kwam.²⁰²

De conclusie kon dan ook niet anders zijn dan dat het hoofddoel van de vereniging was bereikt: het nader tot elkaar brengen van ‘de gewezen artsen uit de tropen, in Nederland aanwezig’. Dit bleek ook uit het ledental. Had men de verwachting gehad tot zestig leden te kunnen groeien, het waren er nu al 106. En onder hen waren zelfs 26 leden die in de tussentijd naar Indië waren vertrokken of teruggekeerd, maar desondanks hun lidmaatschap niet hadden opgezegd.²⁰³

Volgens Nieuwenhuis was het kenmerkend voor de nog jonge vereniging geweest dat het de artsen uit Indië zelf waren die, als ze in Nederland met verlof waren, ‘telkens *vitale belangen van Indië*’ ter sprake brachten. En dit ondanks het feit dat ‘verreweg de meesten onzer in Indië werkende collega’s geen particuliere artsen zijn in den zin als hier in Nederland, maar militaire of burgerlijke ambtenaren, hetzij in dienst van het gouvernement of in dienst van groote maatschappijen’.

Dat het daar niet bepaald de geneeskundige belangen zijn die in de eerste plaats te behartigen zijn, en dat niet de artsen het laatste woord in allerlei, ook geneeskundige aangelegenheden spreken, weten wij allen.²⁰⁴

Maar natuurlijk was er ook wel het een en ander dat beter kon. Zo werd een wijziging in de statuten onontbeerlijk geacht en dat was dan ook het belangrijkste agendapunt eind mei 1918. De discussie spitte zich er vooral op toe of de vereniging zich uitsluitend zou gaan bewegen op wetenschappelijk gebied, of dat ook vraagstukken van praktische aard aan bod zouden blijven komen. Uiteindelijk werd in laatste zin besloten. Het leidde ertoe dat de oude artikelen 1 en 3 werden samengevoegd tot artikel 2, dat als volgt ging luiden:

De vereeniging stelt zich ten doel de bevordering van de studie der tropische geneeskunde en aanverwante wetenschappen. Zij tracht dit te bereiken door:

- a) Het uitschrijven van vergaderingen, waar de leden of daartoe door het bestuur uitgenoodigde personen voordrachten over onderwerpen van belang voor de studie der wetenschappen bedoeld in het eerste lid van dit artikel.*
- b) Het publiceeren van voordrachten op het gebied der onderwerpen onder a genoemd.*
- c) Het verleenen van geldelijke steun ten bate van het onderwijs, van arbeid en van mededeelingen op het gebied der tropische geneeskunde*
- d) Andere wettige middelen.²⁰⁵*

Financiële problemen en dalend ledental

Met het ledenbestand van 106 personen bleek echter een piek te zijn bereikt, en begin jaren twintig zette zelfs een daling van het ledental in. Bovendien dienden zich toen ook al de eerste tekenen aan van de economische malaise die het interbellum zou gaan kenmerken. Dit laatste dwong er al snel toe het aantal vergaderingen en dus ook het aantal wetenschappelijke voordrachten in te perken. Zo zou 'een besparing op de zoo aanzienlijke uitgaven voor het drukken der verslagen' kunnen worden verkregen. Nieuwenhuis hoopte dat zo 'de financieele toestand onzer vereeniging in overeenstemming [zou] komen met haar bloei als wetenschappelijke instelling'.²⁰⁶ In 1921 bijvoorbeeld lagen de uitgaven net iets boven de zevenhonderd gulden, terwijl de inkomsten amper vijfhonderd gulden bedroegen. Een tekort dus van tweehonderd gulden, zeker procentueel gezien geen gering bedrag. En dat was ook nog eens een jaar dat 'zoowel wat uitgaven als inkomsten betreft als normaal' kon worden beschouwd. Een contributieverhoging was dan ook onvermijdelijk.²⁰⁷

Vanuit financieel opzicht waren de bezuiniging en de contributieverhoging een succes. In het jaarverslag over 1922 stond vermeld dat het verschil tussen inkomsten en uitgaven weer was weggewerkt. De verhoging van de contributie had echter wel de nodige leden gekost. Kon in maart 1922 nog worden gemeld dat er drie leden bijgekomen waren – onder wie twee vrouwen 'wier aanwezigheid niet alleen uit hoffelijkheid op hoogen prijs wordt gesteld' –, een jaar later was het aantal naar 94 teruggelopen.²⁰⁸

De financiële problemen hadden in 1920 de penningmeester al gebracht tot het voorstel de subsidies aan de Amsterdamse en Leids-Rotterdamse instituten te schrappen, maar dat was de overige bestuursleden toch te ver gegaan. Enkele jaren later echter werd, hoewel 'de stand der kas [...] vrij gunstig' was, besloten die subsidies wel tot vijftig gulden terug te brengen. 75 gulden voor beide instituten was voor de vereniging 'toch wel wat bezwarend'. In 1924 werd geconstateerd dat het in 1918 opgerichte Tropisch Medisch Leesgezelschap, in feite de enige (getalsmatig geringe) groep die nog gebruik maakte van de bibliotheek,

'leed aan verval van krachten'. Toen ook werd geconstateerd dat het aantal voordrachten kleiner was dan vroeger, al werd dat volgens voorzitter Van der Scheer ruimschoots door hun voortreffelijke inhoud vergoed.²⁰⁹

De voordrachten zouden deze crisis overleven, maar de bibliotheek was ten dode opgeschreven. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan het leesgezelschap was steeds hoger geworden; het gezelschap werd dan ook opgeheven, de zogenaamde Tropische Leestrommel – een abonnement op verschillende tijdschriften met voor de tropische geneeskunde interessante artikelen – werd opgezegd. De bibliotheek had in 1936 haar waarde verloren. En dat kan ook letterlijk worden opgevat. 'Nieuwe boeken zijn er niet. Slechts enkele hebben antiquarische waarde.' Het bestuursvoorstel de bibliotheek dus maar op te heffen werd weliswaar betreurd, maar toch aangenomen.²¹⁰

Ook midden jaren twintig bleef het ledental dalen en het zou blijven dalen. Zo had de vereniging in 1928 nog maar tachtig leden. De leden begrepen niet hoe dat kon, omdat 'zoowel in Indië als hier een zeer opgewekt leven op het gebied der tropische geneeskunde' viel waar te nemen. Voor iedereen die uit Indië terugkeerde moest toch de vereniging 'een welkome gelegenheid zijn onderling van gedachten te wisselen, wat, getuige de levendige discussies, dan ook geschiedt'. Het waren echter vooral de jongeren die geen lid werden. Onbekendheid moest wel de achterliggende reden vormen en dus riep begin 1925 de vergaderingsvoorzitter, tweede secretaris T. Ameschoot, iedereen op reclame te maken voor de vereniging en alle vrienden en bekenden te vragen lid te worden. Ook zou aan het ministerie van Koloniën worden gevraagd een opgave te verstrekken van alle uit Indië weergekeerde militaire en civiele artsen 'ten einde te trachten daaruit leden te verkrijgen'.²¹¹

Het bleef ondertussen op financieel gebied voorzichtig manoeuvreren, wat bleek toen in 1930 de penningmeester opnieuw constateerde dat de 'toenemende uitgaven' de 'geringe inkomsten' steeds verder overtroffen. Het was nodig nogmaals de contributie te verhogen, al zou dat, zeker in deze economisch sombere tijden, ook weer zijn effect op het ledental hebben.²¹²

Strubbelingen met het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde

Heel duidelijk kwamen de financiële problemen naar voren in het contact met het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, zoals de opmerking over de hoge drukkosten reeds liet zien. Toen begin jaren twintig dat medisch tijdschrift ook nog eens de bijdrage van het NVTG in de kosten wilde verhogen, werden die problemen manifest. Vanwege de slechte financiële positie weigerde de vereniging aan die wens toe te geven. Mede naar aanleiding van het verzoek van enkele andere tijdschriften om ook de verslagen van de vereniging te mogen opnemen, werd medio 1921 de verhouding met het NTvG besproken. Daarbij kwam naar voren dat, ook afgezien van de financiële meningsverschillen, die relatie zeker niet door allen positief werd gewaardeerd.

Behalve praktische bezwaren, zoals de lange periode tussen vergadering en publicatiedatum en de kleine letter – die tevens buitenlandse tijdschriften ervan weerhield tot bespreking over te gaan –, waren er ook enkele meer inhoudelijke ergernissen. De redactie van het tijdschrift was 'over het algemeen niet meegaand', zij trad 'autocratisch op' en was in feite 'meer een Amsterdamsch dan wel een Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde'. De grote vraag was echter of er wel een redelijk alternatief voorhanden was. Dat was er eigenlijk niet. Daarom werd met acht tegen vier stemmen (bij één onthouding) besloten

de relatie met het tijdschrift aan te houden, al was het duidelijk dat het allesbehalve een liefdesrelatie betrof. Ook toen twee jaar later het *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* met het voorstel kwam de verslagen op te nemen, werd besloten hier niet op in te gaan. Zwaarwegend argument voor die beslissing was het feit dat het maandblad nauwelijks publiek had over de grens. Ook verwachtte men dat het *NTvG* met publicatie in beide tijdschriften niet akkoord zou gaan.²¹³

Maar al werd dan tot tweemaal toe besloten de samenwerking voort te zetten, dat wilde natuurlijk niet zeggen dat de bezwaren ook waren verdwenen. Ze werden alleen maar groter, omdat van de gedane toezegging de verslagen voortaan binnen drie weken te laten verschijnen in 1927 nog niets was terechtgekomen. Bovendien stond ook de kritiek op de vorm van publicatie en de arrogantie van de redactie nog steeds recht overeind en die kritiek werd ook nog steeds breed gedeeld. Vooral secretaris Käyser vond het bijzonder lastig en vervelend om met de redactie van het tijdschrift samen te werken, als ‘samenwerken’ al het juiste woord was. Weer werden alternatieve mogelijkheden voorgesteld, zoals het *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië (GTNI)*, dat Kiewiet de Jonge in de redactie had, en de *Geneeskundige Gids*. Maar weer was de uitkomst van de discussie dezelfde. Er was simpelweg geen goed alternatief voor het NTvG. Bovendien was de samenstelling van de redactie veranderd, wat wellicht tot verbetering van de samenwerking zou leiden.²¹⁴

Dat er geen alternatief was, betekende echter ook dat er voor de redactie van het *NTvG* geen noodzaak was om echt iets met de grieven te doen. Dus bleven de strubbelingen voortduren. In 1932 werd de verhouding weer op scherp gesteld toen de redactie van het tijdschrift de drukkosten per pagina met honderd procent verhoogde. Dat kwam neer op een verhoging van de uitgaven met meer dan honderd gulden per jaar. De voorzitter zei dat eerst zou moeten worden geprobeerd iets van de verhoging af te krijgen. Maar mocht dat onverhoopt niets uithalen, dan zat er ook nu weer weinig anders op dan die te aanvaarden en te kijken of er op andere posten kon worden bezuinigd. Dit leidde ertoe dat wederom de subsidies aan de instituten te Leiden en Amsterdam met 25 gulden werden verminderd, dat het aantal ledenvergaderingen verder werd teruggebracht, en dat de verslagen sterk werden ingekort. De redactie van het *NTvG* werd van het besluit op de hoogte gesteld, maar niet zonder dat erbij werd gezegd dat de hogere bijdrage alleen kon worden opgebracht door enkele pijnlijke bezuinigingen door te voeren en dat de vereniging zich het recht voorbehield op de zaak terug te komen.

Dat gebeurde ook. Voorjaar 1932 werd besloten dat de verhoging te veel van het goede was. De kosten konden niet door de vereniging worden gedragen. Om dat besluit te onderbouwen werd besloten tot een éénjarige proef 'om dit dan met cijfers te kunnen aantoonen'. Maar ook dat veranderde niets. Een mogelijke overstap naar het *GTNI* werd nogmaals als alternatief van de hand gewezen. Dan zou men weliswaar meer artsen bereiken die in de materie geïnteresseerd waren, maar tegelijkertijd preken voor eigen parochie. Van wervende kracht en het kwēken van interesse kon dan geen sprake meer zijn. Er restte niets anders dan binnensmonds de naam des heren ijdel te gebruiken en de kostenverhoging te slikken.²¹⁵

De discussie kwam echter in een geheel nieuw licht te staan toen begin 1934 het bericht werd ontvangen dat Vereniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië de vergaderverslagen, inclusief de voordrachten, kosteloos in het *GTNI* wilde opnemen. Overdrukken zouden tegen kostprijs kunnen worden geleverd. 'Dit zeer welwillende aanbod' zou serieus worden overwogen door het bestuur en de commissie ter bestudering van de relatie met het *NTvG* 'en in een bestuursvoorstel aan de volgende vergadering worden voorgelegd'. Het zal niet verbazen dat in die vergadering het pleit

snel werd beslecht. Het voorstel luidde om de vergaderverslagen, met onmiddellijke ingang, voortaan in het *GTNI* op te nemen. Dat voorstel werd aanvaard.²¹⁶

Het is duidelijk dat de vereniging deze overstap vooral om financiële redenen maakte. Toch zat er, zo werd gezegd, wel degelijk ook een ideële kant aan de zaak. De overstap was verantwoord omdat het Indische tijdschrift, zoals Schüffner het bestuur had voorgehouden, in het buitenland vaker werd gelezen. Tevens was het aantal lezers dat belang stelde in tropische geneeskunde in Indië groter, ofschoon dus eerder was gezegd dat opname van de verslagen in het *GTNI* preken voor eigen parochie zou zijn. En ook zou het een uiting zijn van de 'harmonische samenwerking tussen de Indische en de Nederlandsche Vereniging'. Tweede secretaris H.C. Nauta bracht weliswaar nog naar voren dat met de overstap een belangrijke wervende kracht onder Nederlandse artsen verloren zou gaan, maar dat argument werd van tafel geveegd met de opmerking dat ook de twee tropeninstituten voor het stimuleren van interesse voor de tropische geneeskunde zorgden.²¹⁷ Dat met dit argument in feite de eigen statuten, waarin immers de 'bevordering van de tropische geneeskunde' een prominente plek innam, met voeten werden getreden, werd wellicht gezien de financiële situatie met opzet even niet opgemerkt.

En dus werd besloten dat de verslagen voortaan in het *GTNI* zouden worden afgedrukt en dat het *NTvG* nog slechts een minimaal verslag kreeg aangeboden. Die korte verslagen zijn inderdaad enkele malen gemaakt en ook afgedrukt, maar vervolgens achterwege gelaten omdat zij 'geen eenerei waarde' hadden. Maar ook met de Indische vereniging, waarvan de *NVTG* als geheel lid werd om het *GTNI* onder de leden te kunnen verspreiden, zou de samenwerking niet lang standhouden. Met het uitbreken van de oorlog werd publicatie in het blad onmogelijk. Met de bezetting van Nederlands-Indië door Japan twee jaar later, hielden vereniging en tijdschrift zelfs op te bestaan. Gevolg was dat de relatie met het *NTvG* kort na de bezetting alweer moest worden aangehaald. Betreurd werd het noodgedwongen afscheid van het *GTNI* wel. In 1949 zei scheidend voorzitter Hulshof althans dat de verslagen in het *GTNI* 'zeker beter op hun plaats waren en voortreffelijk verzorgd'.²¹⁸

Gelukkig bleek aan het begin van de oorlog dat de tijden niet alleen maar slechter waren geworden. Op de tweede vergadering, 2 februari 1941, bleek dat de verhoogde kosten als gevolg van de terugkeer bij het *NTvG*, konden worden opgevangen. 'Met algemeene stemmen [werd] hiertoe besloten.'²¹⁹ Iedere indruk van harmonieuze terugkeer die hieruit zou kunnen blijken, werd echter na de oorlog meteen weer gelogenstraft. Ook na 1945 zou de strijd met het *NTvG* vrolijk verdergaan en de steeds stijgende kosten van opname van de vergaderverslagen en wetenschappelijke exposés leidden tot bezuinigingen op andere uitgaven. Nu werd als alternatief voorgesteld om de volledige verslagen op te nemen in de *Documenta de Medicina Geographica et Tropica* – de voorloper van *Tropical and Geographical Medicine*. Er zou dan nog slechts een kort verslag in het *NTvG* komen. Die *Documenta* waren een uitgave van het Instituut voor Tropische Hygiëne en startten in 1948, de eerste paar jaar onder de naam *Documenta Neerlandica et Indonesica de Morbis Tropicis*. De uitgave werd door het *NVTG* verwelkomd omdat de pogingen de Nederlandse medisch-wetenschappelijke bevindingen op het gebied van tropische geneeskunde ook in andere taalgebieden meer bekendheid te geven, nu eindelijk succes zouden kunnen krijgen. De uitgave van de *Documenta* zou 'zeker tegemoet komen aan de wens van velen en een einde maken aan de vaak schromelijke achterstelling van Nederlands werk in de literatuur', zo zei Hulshof eind 1949. Maar een geschikt podium voor de vergader- en wetenschappelijke verslagen van het *NVTG* was dit tijdschrift niet. De conclusie was derhalve weer dat opname 'niet wenschelijk' was.²²⁰

Het internationaal congres in 1938

Ondanks alle financiële en personele problemen was voorzitter Schüffner in 1932 niet ontevreden. De 'in 1907 geplante boom' stond 'ondanks de vele vruchten, welke hij reeds heeft afgeworpen', na 25 jaar 'nog in vollen bloei'. Hij vertoonde dan ook 'alle eigenschappen die ons het vertrouwen geven, dat hij zich ook in de toekomst verder zal ontwikkelen ten bate van de wetenschap, waaraan haar beoefenaars hun voorliefde hebben verpand'. Maar ook hij kon niet om één grote teleurstelling heen: het internationale congres over tropische geneeskunde en malaria dat eigenlijk al in 1928 te Amsterdam had moeten zijn gehouden, maar nog steeds niet had plaatsgevonden. Het was 'een arbeid, die helaas onder invloed der slechte tijden, naar wij hopen slechts tijdelijk, moest worden onderbroken'.²²¹

In een brief van De Langen uit 1926 was voorgesteld dat bestuur of algemene vergadering een commissie zou benoemen die moest onderzoeken of het mogelijk was om in 1927 of 1928 in Nederland een Internationaal Congres voor Tropische Geneeskunde te houden. De reden was dat op het laatste congres, gehouden te Londen, de vraag was gesteld of het volgende congres zou kunnen worden georganiseerd in een van de voormalige neutrale landen, liefst in Nederland. Dit waarschijnlijk als onderdeel van het proces waarin langzaam maar zeker weer wetenschappelijke toenadering tussen de diverse blokken van de Grote Oorlog mogelijk werd. Voorzitter Koolemans Beynen deelde mee dat hij zich al tot de regering had gericht met de vraag of medewerking was te verwachten. Zowel het ministerie van Koloniën als van Binnenlandse Zaken had bevestigend geantwoord. Er werd een voorbereidingscommissie in het leven geroepen bestaande uit Koolemans Beynen, voorzitter De Langen en de leden Schüffner en Flu, directeurs van respectievelijk het Amsterdamse en Leids-Rotterdamse instituut.²²²

Die neutraliteit van Nederland tijdens de oorlog moet niet alleen politiek, maar ook wetenschappelijk worden opgevat. Oorlog corrupteert de wetenschap en dat was in ieder geval Nieuwenhuis in 1916 duidelijk geworden – had hem althans duidelijk kunnen worden – aan de hand van een brief van een Duitse collega in de etnografie, Albert Perck. Die schreef hem door de oorlog niet veel aan wetenschap toe te komen. 'Die Zeit, in der wir leben, ist stiller wissenschaftlicher Arbeit nicht günstig, und wenn man sie leistet, stellt man seine Kraft in den Dienst unserer gro_ en Aufgabe.'²²³

Er werden vervolgens berichten de wereld over gestuurd en er bleek bijna algehele instemming te zijn met het plan de volgende vergadering op Nederlandse bodem te laten plaatsvinden. De instemmingsbrief uit Parijs echter ging vergezeld van de opmerking dat men nog liever dan in een neutraal land als Nederland, de volgende vergadering in een tropisch land zelf zou zien gehouden. Bovendien had de Egyptische gezant te Den Haag meegedeeld dat zijn regering reeds had besloten in 1928 in Caïro een internationaal congres over tropische geneeskunde te houden. De Langen stelde daarop voor Egypte te steunen. Het hoofddoel was immers dat er een congres zou worden gehouden. Waar dat zou worden gehouden was van minder belang. Daar werd mee ingestemd, ook door Schüffner. Al merkte die daar wel bij op dat het juist van belang was congressen in Noord-Europa te houden, omdat dan tropische artsen met Europese artsen in aanraking konden komen. Bovendien, zo zei hij, werd reeds elke twee jaar een congres in Brits-Indië georganiseerd door de Far Eastern Association of Tropical Medicine. Van een gebrek aan congressen in de tropen kon dus geen sprake zijn.²²⁴

Hoewel inderdaad in december 1928 het volgende congres in Caïro zou plaatshebben, zorgden de opmerkingen over de locatie voor een voortzetting van de discussie. Het bleken

inderdaad de vijandelijkheden van de wereldoorlog te zijn geweest waardoor op een congres in een neutraal land was aangedrongen. Een congres in Noord-Europa, zo stemde de vergadering een halfjaar later met Schüffner in, had een andere betekenis dan een congres in de tropen. Het gaf immers de mogelijkheid voor beoefenaren van tropische geneeskunde in Europa om er ook heen te gaan. En het gaf 'bovendien een welkome gelegenheid [...] om de verschillende nationaliteiten in een neutraal land weder tot elkaar te brengen'. De hoop werd dan ook uitgesproken dat het plan spoedig weer op tafel zou komen.²²⁵

Het is ironisch dat korte tijd na het uitspreken van de wens om wetenschappers van de voormalige vijanden weer samen te brengen, een lezing werd gehouden over 'Rassenchirurgie'. Die werd gevolgd door een lezing over 'Vijf jaren malariabestrijding in Nederlandsch-Indië', verzorgd door de Duitse arts Ernst Rodenwaldt. Die zal in de voorafgaande lezing zeker interesse hebben gehad, maar daarover later.

In Caïro, waar NVTG-vertegenwoordiger Schüffner door de plaatselijke universiteit werd benoemd tot doctor honoris causa, zou de uitnodiging voor het volgend tropisch geneeskundig congres wereldkundig gemaakt worden. Dat congres zou in Amsterdam plaatshebben en wel in 1931. Het voorstel werd in Caïro met algemene stemmen aanvaard.²²⁶

Het Amsterdamse congres zou bescheidener van opzet zijn dan dat te Caïro, dat zo'n 2000 deelnemers kende. Al snel werd duidelijk dat het door de vele voorbereidingen pas in de zomer van 1932 zou kunnen worden gehouden. Het zou uitgaan van de vereniging zelf omdat die 'geheel boven de partijen' stond en de connectie vormde tussen de verschillende Nederlandse instituten en inrichtingen. Alleen als de regering te kennen zou geven het congres van overheidswege te willen organiseren, zou de taak worden overgedragen. Maar al te veel kans daarop was er niet. De minister van Koloniën, Jacob Christiaan Koningsberger, was al op de hoogte gebracht van de plannen maar had ditmaal van enige neiging tot steun geen blijk gegeven. De nieuwe congrescommissie – bestaande uit het hele bestuur van de vereniging, de directeurs van de instituten te Amsterdam en Leiden, De Vogel, Kuenen, Van der Scheer en Koolemans Beynen – zou zo spoedig mogelijk met de minister contact opnemen om daar duidelijkheid over te krijgen. Eijkman was gevraagd om als voorzitter op te treden. Deze zag daar om gezondheidsredenen vanaf, maar zegde toen toch weer toe, als het hem niet te veel tijd zou kosten. Al spoedig bleek echter dat zijn aarzeling terecht was geweest. Hij stierf op 5 november 1930. G. Grijns, die ook in Weltevreden zijn opvolger was geweest en daar zijn beriberi-onderzoekingen vervolmaakte, meldde hem als voorzitter te willen vervangen.²²⁷

De aarzelingen over het enthousiasme van het ministerie van Koloniën waren terecht geweest. Zelfs de reeds beloofde subsidie van 10.000 gulden vond de minister bij nader inzicht wat aan de hoge kant. Het is trouwens door de kabinetswisseling in het najaar van 1929 onduidelijk of dat besluit al was genomen door de partijloze liberaal Koningsberger of pas genomen werd door diens opvolger, de conservatieve protestant Simon de Graaff. Zoals het ook niet duidelijk is wie van de twee de NVTG voorstelde steun te zoeken bij particuliere instellingen die wellicht belang hadden bij goede medische zorg in de koloniën. Maar hoe dan ook, in ieder geval zouden Flu en E.P. Snijders, oud-medewerker van Schüffner in Nederlands-Indië, ondervoorzitter van de NVTG van 1927 tot 1931, voorzitter in 1934 en 1935 en benoemd tot erelid in 1943, gaan proberen op die wijze alsnog de gehele subsidie te krijgen.²²⁸ Dat zou hen niet lukken.

Het was niet de enige tegenslag die de vereniging kreeg te verwerken. Al was begin jaren dertig de financiële situatie van de vereniging niet slecht, het ledental bleef verder afnemen en het bleef de vereniging ook verbazen hoe dat toch kwam.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Het congres van 1938, geopend door de minister van koloniën, Ch.J.I.M. Welter (Fotocollectie Tropenmuseum)

Gezien de toenemende belangstelling in de geneeskunde der tropen, zouden wij eerder een vermeerdering hebben mogen verwachten. Het wetenschappelijke peil, waarop onze voordrachten staan, rechtvaardigt wel een dergelijke verwachting.²²⁹

Een van de gevolgen was dat in 1931 werd besloten de vergaderingen niet meer alleen in Den Haag te houden, maar afwisselend in Den Haag, Amsterdam, Leiden, Rotterdam en Utrecht. Hierdoor zou het voor geïnteresseerde artsen uit de oostelijke en noordelijke delen van het land gemakkelijker zijn om een vergadering te bezoeken en zou de samenwerking met de instituten in Amsterdam en Leiden-Rotterdam beter tot zijn recht kunnen komen. Het resulteerde in een stijgend ledental, dat in 1938 de honderd weer bereikte.²³⁰ Maar het was ook pas in dat jaar 1938, dat het internationale congres uiteindelijk plaats zou hebben.

De gunstigere financiële situatie bleek niet opgewassen tegen de combinatie van enerzijds teruglopend ledental en economische crisis, en anderzijds de drukte en de kosten van het aankomende congres. Al was al veel geld aan organisatie en voorbereiding uitgegeven, uiteindelijk bleek uitstel van het congres onontkoombaar. De subsidie uit Nederlands-Indië

was helemaal geschrapt en de Nederlandse regering bleef bij het standpunt slechts een deel van de toegekende subsidie ook daadwerkelijk over te maken. Pogingen particuliere fondsen te werven waren mislukt. Een geluk bij een ongeluk was dat de crisis een internationaal fenomeen was. Daardoor bleken de overige nationale verenigingen begrip te hebben voor het besluit. Men probeerde een deel van de reeds gemaakte kosten te verhalen op de overheid, omdat die door haar toezeggingen medeverantwoordelijk was voor het feit dat de voorbereidingen al waren gestart. Maar ook alle pogingen daartoe bleken vergeefs.²³¹ In 1934 werd het congres 'voorloopig geliquideerd'. Het verlies dat daarmee gepaard ging was onvermijdelijk, maar het voordeel was dat de vereniging 'weer op de gezonde basis der werkelijkheid' stond.²³²

Eind 1936 zou het congres echter weer op de agenda komen. En wel doordat hoogleraar Peter Mühlens – van het medisch-tropisch Instituut te Hamburg – via landgenoot Schüffner had laten weten dat, mocht het in Nederland definitief worden afgeblazen, het congres wel in Duitsland zou kunnen worden gehouden. Het Hamburgse Instituut was zeer zeker tot organisatie bereid en daar ook kapitaalkrchtig genoeg voor. Maar dat Duitsland was natuurlijk niet meer het Duitsland van vroeger. Dat er sinds 30 januari 1933 een weinig frisse wind door het land waaide, was in ieder geval Nieuwenhuis al snel duidelijk geworden. En niet alleen omdat hij een brief had ontvangen van een aantal Weense wetenschappers – onder wie Sigmund Freud – waarin zij steun vroegen voor de hulp aan gevluchte Duitse joden. Nieuwenhuis had kort na de *Machtsübernahme* een brief gekregen van een Duitse collega, Friedrich S. Krause, werkzaam aan de Internationale Sexualwissenschaftliche Bibliothek te Wenen, een in nationaal-socialistische ogen behoorlijk verdacht instituut. Die brief was met opzet met het jaartal 1330 gedateerd, omdat volgens Krause het regime zijn oude vaderland naar de barbarij van de Middeleeuwen had teruggevoerd. Er werden op het moment dat hij de brief schreef boeken op de brandstapel gegooid en dat alleen maar omdat men het nog niet aandurfde de schrijvers en uitgevers erbij te gooien. Wel werden ze al naar concentratiekampen afgevoerd. Ook in een andere brief, van oktober 1933, liet hij weinig misverstand bestaan over zijn afkeer van Hitler en de zijnen. De 'Hitlaryosaurier' was een 'Jan von Leiden in groteskschauriger vergrößerter und verbösster Ausstattung', die leiding gaf aan 'Hitlariyasien'. Hij sloot af met: 'Heil Ihnen, dass Iher Vaterland ausserhalb des Hitlerseuchenkreises blühen und gedeihen kann.'²³³

Mühlens, die de nationaal-socialistische regering welgezind was omdat die volgens hem de beste kansen bood voor hernieuwde toegang tot de oude koloniën,²³⁴ wilde weten of ook de NVTG zich sterk wilde maken voor een Duits congres, maar dat nu was bepaald niet het geval. Voorzitter Snijders had de mening gevraagd van de voormalige leden van het organiserend comité en die waren het er allemaal over eens geweest dat het onwenselijk was 'onze voorrang op de congresorganisatie op te geven, ook met het oog op koloniale politieke toestanden'. Er moest worden geprobeerd zo spoedig mogelijk een nieuw comité in het leven te roepen. Dat kon dan aan de minister van Koloniën steun vragen 'voor deze ook voor Nederland belangrijke kwestie'. Die zou nu waarschijnlijk niet uitblijven en ook van particuliere zijde, zo was de verwachting, zou deze keer wel steun kunnen worden verkregen.²³⁵

De Vogel werd voorzitter van het derde organiserende comité, dat liet weten dat er grote kans was dat het congres zou kunnen worden gecombineerd met het internationale malaria-congres,²³⁶ dat ook al enkele jaren was vertraagd.²³⁷ Dat bleek inderdaad te kunnen. Nu liep eindelijk alles op rolletjes, onder andere doordat de regering nu daadwerkelijk meewerkte.²³⁸ Er kon zelfs worden voorgesteld tot verlaging van de contributie over te gaan. Al snel

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

kon dan ook worden aangekondigd dat in de laatste week van september 1938, zeven jaar na de oorspronkelijk bedoelde datum, in Amsterdam het Internationale Congres voor Tropische Geneeskunde en Malaria zou plaatshebben. Het zou worden geopend door de minister van Koloniën, al had het congres slechts weinig bijdragen uit de Nederlandse koloniën zelf.²³⁹

Toch had het ook deze keer weinig gescheeld of 'de met zooveel moeite opgebouwde organisatie was weer als een zeepbel uiteengespat'. Dit althans stond te lezen in het congresverslag van Winckel, aan wie naar aanleiding van zijn grote inspanningen rond het congres het erelidmaatschap zou worden toegekend. Ditmaal echter zou het te wijten zijn geweest aan omstandigheden die buiten de macht lagen van zowel de vereniging als de Nederlandse regering, als het congres niet was doorgegaan. In het Britse medische tijdschrift *The Lancet* werd het aldus uitgedrukt:

*This congress, after abortive attempts, eventually came to a successful issue last week, though it was held under the dread of a volcanic eruption in comparison with which that of 1914 would have ranked as a mere firework display.*²⁴⁰

Nazi-Duitsland had Tsjechoslowakije bezet, maar de daaruit volgende spanning kon door de Britse premier Neville Chamberlain te München worden getemperd. Een actie die tegenwoordig vaak als een grof staaltje van lafheid en morele laakbaarheid wordt gezien, maar die destijds op ieders instemming kon rekenen, ook die van de leden van de NVTG – afgaand althans op Winckels congresverslag.

*Gelukkig werd de oorlogsdreiging op de laatste minuut afgewend, zoodat de door de politieke omstandigheden aan het congres toegebrachte schade zich beperkte tot het vroegtijdig vertrek van eenige tientallen buitenlandsche congressisten, die òf door hun regeeringen werden teruggeroepen òf vreesden de grenzen gesloten te zullen vinden. Helaas heeft ook een aantal buitenlanders zich door den onzekeren toestand laten weerhouden van de reis naar Nederland. Op de onweerswolken tot zondag 25 September, op het acute dreigen van oorlog van maandag 26 tot woensdag 28 September en op de spanning van donderdag 29 September volgde de dramatische ontspanning van vrijdag 30 September, zoodat per slot van rekening het programma kon afgewerkt worden, zij het ook met verschuivingen, die aan de congresleiding groote zorgen baarden, doch bevredigend verliepen.*²⁴¹

De buitenlandse kritieken over het congres waren positief, zowel over de kwaliteit van de lezingen als over de discussies. De vereniging zelf was het hier uiteraard mee eens en was tevreden over de organisatorische en financiële afwikkeling van het congres. Winckel kon melden dat de toegezegde subsidie uit Nederlands-Indië waarschijnlijk niet eens nodig zou zijn en het stemde hem en het congresbestuur dan ook zeer tevreden dat de NVTG in staat was geweest 'een congres voor tropische geneeskunde en malaria te organiseren, en aldus *de belangen o.a. van Nederlandsche gebiedsdeelen in Oost en West te kunnen behartigen*'. En dat nog wel 'zonder onkosten voor de openbare kas'. Winckel kon dan ook niet anders concluderen dan dat de NVTG 'met voldoening' op het congres kon terugzien. Het volgende congres zou waarschijnlijk ergens op het Amerikaanse continent worden gehouden en werd voorzien voor 1943...²⁴²

Het gedachtegoed van Winckel en Snijders

Met het congres in 1938 werd, al realiseerde men zich dat toen niet, een hoofdstuk in de geschiedenis van de vereniging afgesloten. In de jaren rond 1938 werden vier mensen tot erelid benoemd: behalve Schüffner en Winckel waren dat ook A. van der Zijl in 1941 en E.P. Snijders in 1943. Het is interessant om te kijken wat het gedachtegoed was van Winckel en Snijders.

Ch.W.F. Winckel was een bekend persoon in Nederlandse medisch-tropische kringen. Hij was redacteur geweest van het GTNI en voorzitter en secretaris van het bestuur van SIMAVI, de 'zuiver protestantse' en dus niet 'neutrale' vereniging tot Steun in Medische Aangelegenheden voor Inheemsens. Deze vereniging was in 1925 opgericht voor het verlenen van medische bijstand aan de zending.²⁴³ Kort voor zijn erelidmaatschap had Winckel deelgenomen aan de Rode-Kruisambulance naar Ethiopië, toen ook vaak Abessinië genoemd. Hij was het ook die daar, samen met de arts A. Colaço Belmonte, het uitvoerigst over heeft bericht. Dit verslag geeft een aardig beeld van zijn gedachtegoed.

Zo schreef hij over het bombardement van de Italiaanse luchtmacht op een Zweedse ambulance, dat hij en de andere Nederlanders zich eerst niet konden voorstellen dat een dergelijke schending van het volkenrecht op het conto van een Europese natie moest worden geschreven. Dus moest het wel door 'vijandelijke stammen' zijn uitgevoerd. Toen vervolgens de ware toedracht bekend was geworden, verscheen in enkele Nederlandse kranten het bericht dat de ambulance dichterbij het front zou gaan werken, ondanks 'het onmenselijke en wrede en barbaarsche optreden van de Italianen'. Italië protesteerde bij Genève, Genève protesteerde bij Den Haag en Den Haag sommeerde Winckel en de zijnen om voortaan beter op hun woorden te passen. Die ontkenden echter bovenstaande zinsnede in de mond te hebben genomen en gezien de inhoud van hun ambulanceverslagen is het inderdaad moeilijk voor te stellen dat de Rode-Kruisartsen tegen de soldaten van Mussolini iets dergelijks zouden hebben gezegd.²⁴⁴

De ambulance – die geheel uit mannen was samengesteld omdat men het niet aandurfde de blanke vrouwen naar zwarte landen te sturen – diende bij het leger van negus Haile Selassie. Italië had laten weten geen behoefte te hebben aan medische hulp van neutrale landen, maar het is de vraag of Winckel en de zijnen daar niet beter op hun plaats waren geweest. Over het 'incident' met de Zweedse ambulance, dat vooraf was gegaan door een bombardement van het ziekenhuis van Dessie en gevolgd werd door een luchtaanval op een Britse en diverse Ethiopische ambulances, schreven zij opgelucht te zijn geweest toen de ware toedracht bekend werd. Er waren slechts één dode en één gewonde te betreuren geweest in plaats van de negen gesneuvelden waarvoor in eerste instantie was gevreesd. Bovendien was het geen overval geweest, 'het was maar een bombardement'. Daarvoor hoefden ze niet opzij te gaan. Maar toen bekend werd dat de Abessiniërs vijf Italianen krijgsgevangen hadden gemaakt, noteerden Winckel en Colaço Belmonte bezorgd:

Zouden zij in de algemeene opwinding gedood worden, naar aloud gebruik van het land? Dan zou Ethiopië eerst recht bewezen hebben niets te begrijpen van oorlogsrecht en van het algemeen erkende recht van krijgsgevangenen op een humane behandeling, en bovendien zou Italië een misdaad niet zonder wraakneming laten passeren.²⁴⁵

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Toen Kuenen in het midden van de jaren twintig door zijn aanstelling tot hoogleraar interne geneeskunde te Leiden, afscheid nam van de tropische kant van de geneeskunde, werd hij als buitengewoon hoogleraar tropische geneeskunde opgevolgd door E.P. Snijders. Snijders aanvaardde het ambt met de rede: *De wisselwerking van de westersche en tropische geneeskunde in den loop harer ontwikkeling*. Tropische geneeskunde was volgens hem de geneeskunde die door al dan niet militaire Europese artsen in de tropen werd beoefend, en die lange tijd een eigen, wetenschappelijk weinig vooruitstrevende weg was gegaan. Dat echter was aan het einde van de negentiende eeuw veranderd door de komst van jonge, hoog opgeleide artsen. Zij namen de zegeningen van de Westerse geneeskunde mee naar de archipel. Het leidde tot een vruchtbare wisselwerking die onder meer de herkenning van beriberi als een ziekte van eters van gepelde rijst en de vitamineleer opleverden. Maar van een gelijkwaardige wisselwerking tussen de Westerse, wetenschappelijke en de tropische, praktische kennis was geen sprake.

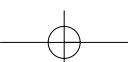
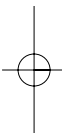
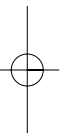
*Hoe beter de gemeenschap met de Westersche Geneeskunde werd, hoe meer het nauwkeurig systematisch onderzoek doordrong, des te meer haalde de Tropische Geneeskunde haar achterstand in, des te meer naderde zij in letterlijken zin tot de Westersche, des te meer bleek de essentieele eenheid. [...] Bij deze ontwikkelingsgang was de Westersche Geneeskunde steeds de gever gebleven, de Tropische Geneeskunde had eerst schoorvoetend, daarna dankbaar aanvaard. [...] Niet langer wordt in de Tropen de fakkel van het onderzoek gedoofd, niet langer wordt zij, uit het Westen aangedragen, in het Oosten in haar vaart gestuit. Bij den fakkelloop der ideeën blijft thans de omloop niet tot het Westen beperkt, de Tropische Wetenschap aanvaardt willig de toorts, voert haar brandende mee en reikt haar brandende, weer aan een Westerschen drager over. [...] Wat iemand in zijn studiejaren in Europa zich aan medisch inzicht, kennis en methodiek heeft eigen gemaakt, vormt zijn stamkapitaal, waarmee hij in de Tropen moet leeren woekeren. Hoe groot en solieder belegd dit kapitaal is, des te beter. De praktijk in Indië eischt de volle kennis der Europeesche Geneeskunde.*²⁴⁶

Snijders' aanstelling betekende dat hij opnieuw medewerker van Schüffner werd, die als hoogleraar tropische hygiëne de directeur was van de afdeling voor Tropische Hygiëne van het Koloniaal Instituut. De raad van beheer daarvan werd in het dankwoord dan ook niet vergeten.

*De stichting van het Koloniaal Instituut als monument van Nederlands koloniale ontwikkeling is een schoone daad geweest, onze 17e-eeuwse voorvaders waardig. Immers het stichten van een levend monument was Uw doel, van een centrum van bevordering van koloniale kennis en een gezond koloniaal streven. In dit kader past noodwendig een Instituut voor Tropische Hygiëne, waarin in Indië de behoefte reeds lang was gevoeld. De nuttige werking daarvan is ons daarginds reeds duidelijk gebleken. Niet alleen denken velen dankbaar de nuttige lessen, maar de hygiënische orientatie, die hun hier is bijgebracht, werpt duidelijk vruchten af in het resultaat van hun werk.*²⁴⁷

Deel II

Ontheemd (1940-1960)



1 De Tweede Wereldoorlog

Swellengrebel en de vestiging van joodse vluchtelingen in Suriname

Het akkoord van München van september 1938, waarbij Hitler van Engeland en Frankrijk de vrije hand kreeg in Tsjechoslowakije in de hoop daarmee zijn aanvalslust te bevredigen, bleek slechts uitstel van het onheil. Ook Nederland ontkwam niet aan de Duitse agressie, ondanks zijn neutraliteitspolitiek. Maar al eerder had ons land kennisgemaakt met slachtoffers van de Duitse politiek: de joodse en politieke vluchtelingen die hier bescherming kwamen zoeken. Voor hen moest een oplossing worden gezocht.

Een van de initiatieven die daartoe werden ontplooid, was de oprichting in 1938 in Den Haag van de Internationale Vereeniging voor Vluchtelingen-Kolonisatie. Zoals de Duitsers al dan niet serieus met gedwongen verscheping naar Madagaskar schermden, zo was het de bedoeling van die vereniging om in verband met 'de tijdsomstandigheden' te onderzoeken welke mogelijkheden er waren voor emigratie van vluchtelingen uit Duitsland naar tropische gebieden. De gedachten gingen daarbij uit naar Suriname. De stichting benoemde daarom een commissie onder voorzitterschap van Swellengrebel, die de mogelijkheden van blanke, joodse emigratie naar de Nederlandse kolonie moest onderzoeken, evenals de medische, economische en agrarische bezwaren ertegen. Swellengrebel vertrok in maart 1939. Samen met de chirurg E. van der Kuyp – de latere directeur van het Surinaamse Bureau voor Openbare Gezondheidszorg en hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Suriname – zou hij de gezondheidsaspecten en de mogelijkheden voor ziektepreventie gaan onderzoeken bij eventuele vestiging in Suriname.¹

Swellengrebel en Van der Kuyp beschreven hun bevindingen in het in 1941 gepubliceerde boek *Health of white settlers in Surinam*. In verband met de oorlogsomstandigheden konden de economische en agrarische tekstdelen niet worden afgerond. Een van de onderdelen in hun boek ging over de gevolgen van contact met de Surinaamse gekleurde bevolking. De conclusie was dat de gezondheidsrisico's klein waren, als de witte kolonisten zoveel mogelijk gescheiden zouden leven van de gekleurde bewoners:

The colored settlement, to be erected near the white village, is one doubtful element in this system. It cannot be dispensed with if the settlement is to be put on an economically sound footing. But all provisions for the disposal of sewage and garbage, water supply, mosquito control, and the prevention of infectious skin and eye diseases, which are comparatively easily carried out among whites who may be expected to offer willing and intelligent co-operation, involve infinitely more difficulties among a colored population. Still, the risks may be minimized if no natives are to live in the white village. They ought to have their own settlement, at a distance of a quarter of a mile to the southwest of the white village. Apart from medical treatment and the prevention of gross infringements of fundamental sanitary rules, they should be left to themselves. The white colonists

cannot possibly indulge in the luxury of going in for estate sanitation in full style. Of course there are risks attached to this attitude of non-intervention in native affairs. However we see the colored people in the Surinam coastland enjoying, on the whole, good health. Living near the white settlement, they are sure of more medical attention than they are likely to enjoy anywhere else in rural Surinam, save in Marienburg and Mungo. Hence, it is not the native laborers that run any particular risks. Neither do the white settlers, if the rules of segregation of whites and colored, as formulated above, are adhered to. So we arrive at the conclusion that it would be more satisfactory to have no native labor at all, but that their presence in a separate settlement need not seriously jeopardize the white colonists' health.²

Het rapport kreeg forse kritiek te verwerken van J.J. van Lonkhuyzen, oud-hoofd van de Dienst Volksgezondheid in Nederlands-Indië. Kritiek die door Swellengrebel allesbehalve op prijs werd gesteld.³ Lonkhuyzen – die het boek had bekeken op verzoek van de secretaris-generaal van het departement van Koloniën – noemde het een ‘ingewikkeld’ betoog, ‘veelal gebaseerd op tegenstrijdige elementen, vaak van twijfelachtige waarde’. Bovendien vroeg hij zich af wat het nut was van een dergelijk Engelstalig werk in een tijd van bezetting door een land dat in oorlog was met Groot-Brittannië. De conclusie van Swellengrebel dat er medisch gezien geen problemen waren en dat die dus hooguit op economisch en landbouwkundig vlak lagen, verwierp hij. Lonkhuyzen vond dat Swellengrebel wel heel makkelijk over allerlei medische obstakels voor blanke kolonisatie heenstapte, maar vooral bracht hij in zijn conclusie een oneigenlijke scheiding aan tussen medische aspecten enerzijds en economische en landbouwkundige anderzijds. Hij toonde dit aan door de voorwaarden onder de loep te nemen die Swellengrebel voor een medisch geslaagde kolonisatie had gesteld. Voorwaarden die hij trouwens ook praktisch gezien onuitvoerbaar en onbetaalbaar vond. Naast zaken als drainage van moerasgebieden noemde hij daarbij ook Swellengrebels ‘apartheids’-systeem *avant-la-lettre*. Zijn bezwaren daarentegen waren overigens puur praktisch van aard, maar dat is niet verwonderlijk in 1941. Ook in Nederland hadden maar weinig mensen ideologische bezwaren tegen raciale standpunten. En bovendien vielen die nu eenmaal niet zo best bij de toenmalige machthebbers. Lonkhuyzen:

Zoo enigszins mogelijk moet alle werk verricht worden zonder gebruikmaking van gekleurde arbeidskrachten. Is dit niet mogelijk dan moeten deze arbeidskrachten streng gescheiden blijven van de blanken. Zij moeten hun nederzetting hebben op eenige afstand van de woonplaats van de kolonisten; geen van deze krachten mag in de blanke nederzetting leven. Gekleurde en blanke kinderen mogen niet op dezelfde school komen; gemengde huwelijken, wettig of onwettig mogen niet toegestaan worden.⁴

Lonkhuyzen vond dat de door Swellengrebel genoemde medisch-hygiënische voorwaarden ‘in elk geval de mogelijkheden’ beperkten ‘die er voor een kolonisatie plan op landbouwkundig terrein misschien aanwezig’ waren. En ook op ‘zuiver oeconomisch gebied’ werden die mogelijkheden ‘door dergelijke eischen wel tot zeer geringe proporties teruggebracht’.⁵ Lonkhuyzen concludeerde dus dat de maatregelen die Swellengrebel voorstond het gevaar op bijvoorbeeld malaria-infectie wellicht verkleinden, maar ze beperkten zelf ook ‘in hooge mate de rendabiliteit van het bedrijf en daarmee de bestaansmogelijkheid der kolonisten’.



N.H. Swellengrebel (Fotocollectie Tropenmuseum)

Ten eerste vanwege de kosten, maar niet alleen daarom. Het zou voor Joodsche kolonisten, waarvan het overgrote deel maar weinig verstand van landbouw heeft, heel moeilijk zijn een dergelijk bedrijf rendabel te krijgen als ze zoveel mogelijk zelf zouden moeten doen, in plaats van de inheemse krachten het werk te laten doen.⁶

In zijn repliek weerde Swellengrebel zich flink, maar gaf wel toe 'te weinig rekening' te hebben gehouden 'met de geestelijke hygiëne der toekomstige kolonisten'. Hij had er 'minstens zoveel aandacht aan moeten geven als Rodenwaldt er [...] in een boeiend betoog' aan had geschonken, in een uitgave van de Deutsche Gesellschaft für Rassenforschung uit 1940. Maar, zo zei hij, verschil met dat artikel was natuurlijk wel dat de vraag die daaraan ten grondslag had gelegen – 'Zal men het kostbaar bloed onzer boeren aan zulk een proef blootstellen?' – niet de

vraag was geweest die de Commissie tot Emigratie van Vluchtelingen had gesteld. Die luidde: 'Hoe kan men een groep mensen helpen, waarmede men overal elders geen raad weet?' Die vraag had, zo besloot Swellengrebel, Lonkhuyzen zich blijkbaar niet gesteld.⁷

Tegen de tijd dat Swellengrebel zijn weerwoord af had, oktober 1941, was de discussie echter reeds lang verstomd. Lonkhuyzen was namelijk niet de enige criticus geweest. Ook E. Heldring, directeur van de Koninklijke Nederlandsche Stoomboot Maatschappij, president van de Nederlandsche Handelsmaatschappij en lid van de raad van beheer van het Koloniaal Instituut, oordeelde zeer negatief. En dat oordeel werd ook nog eens gedeeld door Herbert Cremer, directeur van de NV Delimaatschappij, voorzitter van de commissie van advies voor de afdeling Tropische Hygiëne van het Koloniaal Instituut, en lid van het bestuur van dat instituut. Volgens Heldring zou het Koloniaal Instituut maar 'een mal figuur slaan' als het een commissie zou benoemen vanwege het rapport van Swellengrebel. Het zou hooguit leiden tot een weliswaar enthousiaste discussie, die echter zou zijn gevestigd op een onsolide basis. Volgens hem waren er nergens in de tropen 'levensvoorwaarden voor blanke (Joodsche) veldarbeiders'. Hierop werd in april 1941 besloten het onderwerp maar te laten rusten.⁸

Interessant is natuurlijk de vraag wie die Rodenwaldt was waar Swellengrebel zo instemmend naar verwees, al waren dan de onderliggende vragen van hun stukken afwijkend. Rodenwaldt was een oude kennis van Swellengrebel. Hij was net als zijn militair-geneeskundig medewerker Wolfgang Weck werkzaam geweest op het Eijkman Instituut in Batavia. Tijdens zijn onderzoek naar malaria had hij nu en dan met Swellengrebel samengewerkt. Zo hadden zij samen het boek *Die Anophelen von Niederländisch-Ostindien* (1932) geschreven. Behalve in malaria-onderzoek was hij ook gespecialiseerd in rassenhygiëne en 'bastard-' of 'mestiesproblematiek'. De veronderstelde lichamelijke en geestelijke problemen van kinderen van ouders van twee verschillende rassen waren zijn onderwerp van onderzoek. In 1932 en 1933 was hij lid van de Auslands-NSDAP, de buitenlandse afdeling van

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Ernst Rodenwaldt in het Eijkman Instituut rond 1925
(Fotocollectie Tropenmuseum)

de Duitse nationaal-socialistische partij. Volgens de Duitse medisch-historicus Wolfgang Eckart stond in ieder geval een deel van zijn in Nederlands-Indië uitgevoerde werk in dienst van de Duitse oorlogsvoorbereiding – zoals het op de autochtone bevolking uittesten van nieuwe geneesmiddelen van de Duitse farmacologische industrie. De in oktober 1940 gereedgekomen ‘Kolonialblutschutzgesetz’ verried volgens Eckart duidelijk de hand van zowel Rodenwaldt als Weck.⁹

Dat Swellengrebel naar Rodenwaldt verwees, maakt duidelijk dat het ook kort voor en tijdens de Tweede Wereldoorlog niet uitzonderlijk was als artsen of andere werkers in de gezondheidszorg zich positief uitlieten over eugenetica, raciale verschillen of raciale superioriteit. Dat gold ook voor de Nederlandse tropenartsen, waarbij Swellengrebel in die zin dan ook geen eenzaam figuur was. Zo verwees in het interbellum

iemand als J.P. Kleiweg de Zwaan meermaals instemmend en waarderend naar publicaties van mensen als Rodenwaldt of Eugen Fischer, de man die wel de vader van de rassenhygiëne wordt genoemd.¹⁰ Kleiweg de Zwaan was in 1919 vanwege het Koloniaal Instituut aan de Universiteit van Amsterdam benoemd tot bijzonder hoogleraar in de antropologie en geneeskunde van de inlandse bevolking van de Nederlandse koloniën. Het optreden van Rodenwaldt voor de NVTG op 29 januari 1928 over malariabestrijding in Nederlands-Indië was ook niet het enige in Nederland. Een dag later gaf hij op uitnodiging van het Koloniaal Instituut een lezing over ‘De mestiezen van Kisar, eene studie over erfelijkheid en rassenmenging’. Het Instituut voor Tropische Hygiëne had twaalf kaarten gekregen, maar directeur Schüffner wilde er graag nog zes bij hebben.¹¹

Het geeft dus allemaal aan hoe vanzelfsprekend het ook in Nederland was om zaken als eugenese en de gevolgen van rassenvermenging op beschaafd wetenschappelijke toon te bespreken. Het was ook niet iets dat als vanzelf naar een ‘foute’ opstelling in de oorlog voerde. Het denken over eugenetische maatregelen als oplossing voor bepaalde problemen ging dwars door alle politieke gezindten heen. De politieke scheidslijnen lagen hooguit in de praktische uitwerking van dergelijke gedachten en niet in het gedachtegoed zelf. Ook in die zin echter was de grens tussen een al dan niet op rassenhygiëne gerichte eugenetica erg vaag. Bepaalde tegenstanders hiervan zagen bijvoorbeeld geen been in sterilisatie, terwijl sommige voorstanders zulke maatregelen juist weer te ver vonden gaan voor het doel dat ook zij nastreefden.

Eugenetica was met andere woorden zowel rechts noch links als rechts én links. Maar het geeft ook aan hoezeer en hoe snel een onderwerp dat in het ene tijdsgewricht als onschuldig kan gelden en als ‘puur wetenschappelijk’ beschouwd, slechts enkele jaren later als wetenschappelijk verdacht en ideologisch verwerpelijk wordt geduid. Hoewel: nog in 1957 en 1958 gaf Jan Arie van der Hoeven (1912-1998) twee lezingen voor de NVTG over

ogenschijnlijk onschuldige onderwerpen als 'Balantidium-infectie aan de wisselmeren op Nieuw-Guinea' en 'Atrpohic kwashiorkor in a Kapauka baby'. Van der Hoeven was echter niet alleen een van de artsen die voor en tijdens de oorlog allerhande eugenetische maatregelen bepleitten. Hij hoorde ook bij degenen die daarbij de 'zuivering van het arische ras' op het oog hadden en 'negatief eugenetische maatregelen' (lees: euthanasie en sterilisatie) niet schuwden. Hij was al snel tot de SS toegetreden, werd mederedacteur van het blad *Rashygiënische Mededeelingen* en was deelnemer aan de ambulance voor de Nederlandse SS-Oostfrontvrijwilligers. Na de oorlog werd hij tot zes jaar gevangenisstraf veroordeeld, maar hij mocht in 1948 'voor tewerkstelling' naar zijn geboorteland Indonesië vertrekken. Van daaruit nam hij weer de wijk naar Nieuw-Guinea.¹² Het is nauwelijks voorstelbaar dat de NVTG-leden in 1957 en 1958 niet wisten wie ze voor zich hadden. De lezingen van Van der Hoeven laten dan ook zien dat het verzet tegen eugenetica en met name een raciale invulling daarvan, pas in de jaren zestig echt van de grond kwam.

Winterslaap tijdens de oorlog

Vanaf september 1939 werd bom met bom vergolden en in mei 1940 werd Nederland onder de voet gelopen. Op de eerste bestuursvergadering van de vereniging tijdens de bezetting, 10 november 1940, blonk de oorlog in de notulen uit in afwezigheid. De contributie werd verlaagd naar één gulden, waar zij voor de oorlog had geschommeld tussen de vijf en tien gulden. Terwijl de subsidie voor de twee tropische instituten juist met 25 gulden werd verhoogd. Dit alles, aldus Winkel twaalf jaar na de oorlog, 'om de kas zo leeg mogelijk te houden, teneinde de hebzucht der bezetters en hun "Nederlandse" trawanten niet te prikkelen'. Opmerkelijk was ook dat eindelijk kon worden gemeld dat de financiën dik in orde waren.¹³ In die oorlog, zo schreef Winkel verder, 'bedankten drie leden, wier afstamming niet aan de bezetters beviel, voor het lidmaatschap; zij mochten niet langer lid zijn van verenigingen met een "niet-economisch doel".' Onder hen was ook Van der Zijl, die veertien jaar penningmeester was geweest. 'De vereniging toonde hem haar dankbaarheid daarvoor en tevens haar onafhankelijkheidszin, door hem [eveneens op die vergadering van 10 november 1941] te benoemen tot erelid; na de bevrijding werd hij weer penningmeester.' Die 'onafhankelijkheidszin' was ook tot uiting gekomen in het feit dat enkele leden actief in het verzet waren geweest. Zo had Swellengrebel in zijn huis een joods kind opgenomen en had hij de leiding over het 'zwarte' propedeutische onderwijs in Amsterdam in het laatste oorlogsjaar.¹⁴

Voorzitter S.L. Brug, in 1937 de opvolger van Schüffner als directeur van het Instituut voor Tropische Hygiëne, waarvan het laboratorium de naam van zijn voorganger had gekregen, had op 2 februari 1941 de ondankbare taak de eerste algemene ledenvergadering tijdens de oorlog te openen.

De wensch waarmede ik mijn laatste jaarverslag sloot, de wensch, dat 1940 ons vrede zou brengen, is niet vervuld. Een jaar van droefheid en verschrikkingen ligt achter ons, en temidden van dit grote wereldgebeuren, kan het kleine gebeuren in onze Vereeniging ook klein worden behandeld. [...] Laat ons hopen dat het volgende jaarverslag moge getuigen van een blijder wereldgebeuren, van den herbouw van ons Vaderland.¹⁵

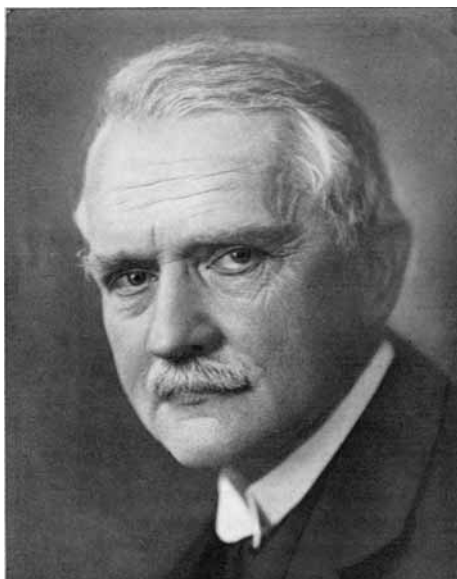
Maar pas op de vergadering van 10 februari 1946, de eerste na de oorlog, zou hij een dergelijke getuigenis kunnen afgeven. Het was meteen een van zijn laatste daden als voorzitter van de NVTG. Hij trad datzelfde jaar nog af en overleed kort daarna. In een in memoriam, afgestoken op de vergadering van 23 februari 1947, sprak zijn opvolger Hulshof de overtuiging uit dat het Brug een troost zal zijn geweest dat hij 'na de winterslaap der oorlogsjaren, het wederopbloeien der vereniging' nog had kunnen meebeleven.¹⁶

Over die oorlogsjaren zou Hulshof verder zeggen dat het maar goed was dat in de jaren dertig was afgesproken niet meer alleen aan de jaarvergaderingen, maar aan alle gezamenlijke vergaderingen een koffiemaaltijd te verbinden om zo de gezelligheid te vergroten en het onderlinge contact te verstevigen.

Met onze schamele boterhammen in een zakje meegenomen, soms met moeite een kopje surrogaat veroverend; of met stampot en bonloze maaltijden, waren dit lichtpunten in het donkere bestaan. En na de oorlog was het een weldoende gelegenheid voor het grote aantal jongere leden om weer het oude contact te hervatten, uiteengescheurd als zij waren geweest in de kampen.¹⁷

Tussen deze beide gebeurtenissen zaten echter wel twee jaren waarin de NVTG een slapend bestaan leidde. De – slecht bezochte – vergaderingen gingen door tot februari 1944, maar daarna stopten ze vanwege de voedselomstandigheden en de vervoersproblemen. Zoals gezegd kwam de vereniging pas in februari 1946 weer bij elkaar. Toen bleek, aldus Hulshof, dat er inderdaad slechts sprake was geweest van een winterslaap en dat de vereniging nu 'meer levend was dan ooit, dank zij het ongekend grote aantal nieuwe, vaak jonge leden, die uit Indië tijdelijk of voorgoed repatrieerden'. Het leidde nagenoeg tot een verdubbeling van het ledental.¹⁸ Dit kon het leed over het lot van enkele andere leden echter nauwelijks verzachten. Een in Nederland verblijvend lid, A. Lichtenstein, was in een Duits concentratie-

kamp overleden.¹⁹ En van de zestien leden die de vereniging in 1940 in Nederlands-Indië had, hadden er twee de Japanse kampen niet overleefd. Zowel A. Mochtar als R. Soesilo was onthoofd.²⁰



W.A.P. Schuffner (Feestbundel GTNI, VII)

De affaire-Schuffner

Maar behalve dat sommige leden de oorlog niet hadden doorstaan, kalfde het ledenbestand tijdens de oorlog ook een beetje af, omdat van sommige leden werd gezegd dat zij het niet meer waard waren om lid te mogen zijn. Alle artsen van de vereniging hadden een brief van de Nederlandse Artsenkamer gekregen. Daarin werd hun gezegd dat zij als arts ook lid waren van de kamer en dus contributie verschuldigd waren, of dat zij hun bevoegdheid tot het uit-

oefenen van hun beroep moesten opgeven. Voor sommigen was dit geen moeilijke keuze, zoals voor Nieuwenhuis. Al zei hij pro forma, maar ook enigszins cynisch, van wel.

Inderdaad heeft het mij nogal moeite gekost een besluit te nemen naar aanleiding van Uw brief van 21 December 1942 betreffende 'Afstand beroep arts'. Aangezien ik echter in geen veertig jaar dit beroep nog heb uitgeoefend en ook niet meer voldoende op de hoogte ben van de tegenwoordige geneeskunde om dat nog te doen, afgezien van het feit, dat ik weldra 80 jaar zal zijn, zoo zal het wel het beste zijn, in Uw tweede voorstel te treden en 'afstand te doen van de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep van arts'. Met collegiale groet.²¹

Nieuwenhuis' antwoord is gedateerd 24 februari 1942 en een van de voorbeelden die de afdeling Volksgezondheid van het departement van Sociale Zaken ertoe bracht de vele afwijzende brieven als schijnbrieven te bestempelen. Ook omdat de meesten weliswaar hun titel maar niet hun praktijk opgaven. De hele operatie moest medio 1943 worden overgedaan.²² 'Geen arts' betekende voortaan ook geen praktijk en dus had een 'nee' tegen de kamer een prijs. Dat gold voor Nieuwenhuis natuurlijk niet. Hij hoorde bij degenen die niets hoefden op te geven en dus een relatief makkelijke keuze hadden. En dan waren er natuurlijk ook nog de artsen voor wie de keuze eveneens gemakkelijk was: zij betaalden naar volle overtuiging hun artsenkamercontributie of traden anderszins in dienst van de bezetter. Wat er met hen moest gebeuren, was een vraag die na de oorlog al snel op tafel kwam.

Op de eerste NVTG-vergadering na de oorlog, waarin de contributie overigens meteen weer werd verhoogd, werd het bestuursvoorstel aanvaard dat Duitsers of Japanners geen lid, erelid of corresponderend lid van de vereniging meer mochten zijn. Dat gold ook voor leden van de NSB die dat tijdens de oorlog waren gebleven, en voor mensen die in Duitse of Japanse dienst waren getreden, dan wel handlangersdiensten hadden verricht voor deze landen.²³ Hierdoor verloren vijf mensen hun lidmaatschap. Een van hen was Schüffner, een van de internationaal meest prominente leden, voormalig directeur van het Amsterdamse instituut, voormalig hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam, jarenlang voorzitter van de vereniging, erelid sinds zijn zeventigste verjaardag in 1937, lid van de KNAW en ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Tijdens de oorlog had hij nog veelvuldig gesproken op de vergaderingen van de NVTG.

Ironisch was dat Schüffner juist een van degenen was geweest die voorafgaand aan de oorlog theorieën ter discussie had gesteld die ziekteverschillen tussen volken verklaarden vanuit hun raciale achtergrond. Zo had hij op 4 februari 1923 een lezing gehouden over malaria in de tropen. Tijdens de discussie daarna plaatste hij vriendelijk verwoorde vraagtekens bij raciale verklaringen voor verschillen in immuniteit bij diverse bevolkingsgroepen in Nederlands-Indië en Suriname. Een verklaringswijze die vooral door Flu – in de oorlog geïnterneerd en in december 1945 overleden – steeds weer naar voren werd gebracht. Schüffner vond dat de onderzoekers die deze verschillen onderstreepten te weinig rekening hielden met bijkomende (omgevings)factoren.²⁴ Ironisch is ook dat Schüffner tijdens zijn eerste bestuursvergadering als voorzitter in maart 1928 hartelijk was toegesproken door secretaris Käyser, die zei 'het volste vertrouwen in hem [te] hebben omdat wij hem kennen, en weten wat wij van hem mogen verwachten'.²⁵

Ondanks zijn lezingen op NVTG-vergaderingen was Schüffner, aldus medisch-historicus G.A. Lindeboom, 'as a German with national feelings', al tijdens de bezetting een nogal eenzaam figuur geworden.²⁶ Zijn kort na de capitulatie triomfantelijk uitgesproken zin:

'Nu is Nederland Duits geworden' en het rondrijden in Duitse jeeps met Duitse militairen werden hem door een aantal collega's niet in dank afgenomen. Volgens Swellengrebel-biograaf Verhave had Schüffner gewoon niet door dat 'his co-operative attitude with the Germans in medical and scientific matters' in dergelijke omstandigheden ook persoonlijke consequenties en politieke implicaties had.²⁷ Maar hoe begrijpelijk de hieruit ontstane afkeer ook is, probleem was wel dat Schüffner niet of nauwelijks werd gestraft voor zijn gedrag tijdens de oorlogsjaren. Eind 1946 kreeg hij het bericht dat hij 'voor onbepaalde tijd' gewoon in Nederland mocht blijven wonen, wat door hem als een bewijs van rehabilitatie werd opgevat.²⁸

Schüffner vormde bepaald geen uitzondering met die, in de ogen van een aantal van zijn voormalige collega's, coulante behandeling. Vrijwel alle artsen die na de oorlog in staat van beschuldiging waren gesteld, mochten na korte tijd hun beroep weer uitoefenen. Slechts een handvol artsen die zwaar over de medisch-ethische schreef waren gegaan, werden voor langere tijd of zelfs levenslang geschorst. Historicus N.K.C.A. in 't Veld, schrijver van *De zuivering van artsen en advocaten*, vindt die door de artsenorganisatie – de commissie-Heringa – zelf uitgevoerde zuivering 'mislukt'.²⁹ In de praktijk kwam het erop neer dat alleen zij die overduidelijk onjuist hadden gehandeld, bijvoorbeeld door zieken goed te keuren voor tewerkstelling in Duitsland, uit hun beroep werden ontheven, al hadden in theorie de normen wel degelijk wat strenger gelegen. Strikt volgens die regels was iedere arts die had deelgenomen aan de ambulance van de SS-Oostfrontvrijwilligers en iedere hogere functionaris van organisaties als de Artsenkamer of Medisch Front zijn toekomst in de medische sector niet meer zeker. De allerstrengste norm was zelfs geweest dat iedere arts buitengesloten zou moeten worden wiens 'politieke overtuiging' diens 'gedrag als medicus in ongunstige zin' had beïnvloed.³⁰ Schüffner echter hoorde niet bij de eerste groep. Hij was geen lid van de ambulance of van Medisch Front geweest en ook geen toonaangevend – wél normaal – lid van de Artsenkamer. Men kan zich zelfs afvragen of hij onder de derde categorie viel omdat hij, afgezien van enig Duits-nationalistisch sentiment, nauwelijks een politieke overtuiging gehad lijkt te hebben en zeker geen nationaal-socialistische. Blijft over: gedrag dat onnadenkend en naïef was en waaraan een aantal mensen in zijn beroepsomgeving zich begrijpelijkerwijs zeer heeft geërgerd.³¹

Die coulante houding van de medische rechters en het uitblijven van een veroordeling voor Schüffner leidden ertoe dat begin 1949 in het bestuur de vraag ter tafel kwam of terugkeer van Schüffner als (ere)lid mogelijk was. Echter: 'Daarbij is ten duidelijkste gebleken dat dit op groote bezwaren zou stuiten.' Al waren er wel enkelen, zoals Swellengrebel en Kuenen, die met Schüffner om waren blijven gaan, er waren er ook, zoals Van Loghem, die hem zijn *faux pas* niet konden vergeven.³² Tevens werd tijdens de bestuursvergadering van begin 1949 een brief van het Hamburgse aan het Amsterdamse instituut besproken, die een poging tot hernieuwing van contact inhield. Maar: 'Ook dit wordt prematuur geacht.' Het besluit van begin 1946 dat geen Duitser, dus ook Schüffner niet, lid kon zijn van de vereniging, werd gehandhaafd.³³

Dit alles betekent wel dat, terwijl de NVTG na de Eerste Wereldoorlog een rol speelde bij het slechten van de barrières tussen de verschillende kampen, na de Tweede Wereldoorlog de vereniging juist een houding aannam die de ontstane barrières ook op wetenschappelijk vlak bevestigde en in stand hield. Het weren van Duitse leden betekende ook het einde van een traditie in de Nederlandse tropengeneeskunde. Zoals de hele Nederlandse geneeskunde was ook de NVTG voor de oorlog meer op Duitsland dan op de Angelsaksische wereld gericht geweest. Toen Schüffner stierf op 24 december 1949, negen dagen

voor zijn 83ste verjaardag, was hij dus geen lid meer van de vereniging waar hij zoveel van zijn energie in had gestoken. Het weerhield de NVTG er niet van op de ledenvergadering van 12 februari 1950 een lovend in memoriam uit te spreken, waarin het ontzeggen van het lidmaatschap slechts impliciet ter sprake werd gebracht. Volgens de pas benoemde hoogleraar J.E. Dinger was Schüffner de man geweest die de zegeningen van de bacteriologie in Nederlands-Indië had geïntroduceerd. Hij was in zijn jonge jaren gaan werken op plantageondernemingen in Deli, wat hem de eretitel 'grondlegger der plantagehygiëne in de tropen' had opgeleverd. Dat hij vervolgens in Nederland werkzaam bleef, was te danken geweest aan de Eerste Wereldoorlog die een terugkeer naar Duitsland onmogelijk had gemaakt. Maar Duitsland bepaalde ook een oorlog later zijn lot.

Zijn levensavond is door een zware wolk overschaduwd. Schüffner is tot het laatst toe Duitser gebleven. In de bezettingstijd heeft dit tot ernstige conflicten geleid, waardoor verscheidene zijner medewerkers en vrienden hem de rug hebben toegekeerd. De wetenschappelijke instellingen in Nederland zijn in hun oordeel over hem zeer streng geweest. Ook na zijn officiële 'zuivering' is het zijn vrienden die hem trouw gebleven waren, niet gelukt in deze kringen [waaronder dus de NVTG zelf, LvB] zijn rehabilitatie te bewerkstelligen. Dit heeft hij zich zeer aangetrokken. Bij zijn graf was een grote schare om hem de laatste eer te bewijzen. We kunnen slechts hopen, dat wanneer de tijd die alle wonden heelt, ook de herinnering aan het grote onrecht en leed dat de Duitsers Nederland hebben berokkend, zal vervagen, de figuur van Schüffner in de herinnering zal voortleven zoals een ieder hem voor de oorlog heeft gekend: als een groot wetenschappelijk onderzoeker en geëerd leermeester en een beminnelijk mens.³⁴

Het meervoudswoord 'kringen' duidt erop dat het niet alleen de NVTG was die Schüffner voor zijn gedrag strafte. In november 1945 werd door de raad van beheer van het Koloniaal Instituut voorgesteld de naam van het Schüffner Laboratorium van de afdeling Tropische Hygiëne van het instituut te wijzigen. Op de vraag waarom de naam niet kon blijven zoals die was, omdat die immers betrekking had op het werk en niet op de persoon van Schüffner, werd aangegeven dat dat onmogelijk was 'in verband met de on-Hollandsche wijze' waarop Schüffner zich in de oorlogsjaren had gedragen.³⁵

Na rijp beraad werd de naam veranderd in Gasten Laboratorium, maar daarmee was het verhaal nog niet afgelopen. Schüffner vroeg, na het bekend worden van het 'vonnis' van de commissie-Heringa, aan het dagelijks bestuur van het Hubrecht Janssen Fonds, of het laboratorium dat door dit fonds werd gefinancierd de oude naam, zijn naam, weer terug kon krijgen. Voorzitter Herbert Cremer was het echter niet eens met Schüffners conclusie dat dit vonnis betekende dat hij 'geheel gezuiverd' was. Hij zag dan ook geen reden om aan diens verzoek te voldoen. En ook kreeg Schüffner geen toestemming om weer de gebouwen te mogen betreden. Een standpunt dat door de senaat van de Universiteit van Amsterdam werd bevestigd toen die desgevraagd aangaf dat ook in het kort na de oorlog genomen besluit emeritus-hoogleraar Schüffner de toegang tot de senaatsvergaderingen te weigeren, geen verandering zou komen.³⁶

Swellengrebel was beheerder van het Hubrecht Janssen Fonds en derhalve aanwezig op de vergaderingen waar over het lot van zijn oude vriend werd beslist. Van daadwerkelijke inbreng in die discussies blijkt uit de bronnen echter niets. Toch is hij een van de weinigen geweest die niet alle banden met Schüffner verbraken. Dat zal met hun langdurige vriend-

Van koloniale geneeskunde

tot internationale gezondheidszorg

schap te maken hebben gehad en met het feit dat zij decennialang in Amsterdam collega's waren geweest. Bovendien vermoedde Swellengrebel dat Schüffners huishoudster joden verborgen hield. En dat 'by allowing her a generous salary Schüffner covertly consented with it', aldus Verhave.³⁷ Wellicht werd het Swellengrebel na de oorlog duidelijk hoe dun de lijn was tussen gedrag dat na mei 1945 als wel of niet laakbaar werd gezien. Misschien waren het juist zijn eigen in *Health of white settlers* neergescheven ideeën geweest, die hem na de oorlog deden inzien dat 'goed' en 'fout' niet scherp tegenover elkaar lagen. Die oorlog had immers de uiterste consequentie van het raciale denken te zien gegeven.

2 Afscheid van Indië

De affaire-Kits van Waveren

Na 1925 was de geneeskunde in Indië steeds meer op zichzelf gaan staan. Toch bleef sprake van koloniaal gerichte geneeskunde. De Westerse, wetenschappelijke, materialistische geneeskunde was en bleef immers het ijkpunt van goede geneeskunde. En die werd niet zozeer aan de Indische bevolking doorgegeven als wel opgelegd.

In Indië werden de nodige gezondheidsprojecten gepland en doorgevoerd, maar juist de uitvoering van een van die projecten is door J.A.A. van Doorn in zijn *De laatste eeuw van Indië* aangevoerd om het wezen van de koloniale verhouding uit te drukken: het vanzelfsprekende gezag van de Nederlanders tegenover de even vanzelfsprekende bereidwilligheid van de autochtone bevolking aan dat gezag gehoor te geven. De Langen beschreef in het begin van de jaren dertig hoe een dergelijk onderzoek in zijn werk ging. In een dorp werd de gehele bevolking opgetrommeld. Zij moest zich begeven 'op het erf van de loerah'. Van de meer dan vijfhonderd inwoners bleven er slechts twee weg, beiden met geldige redenen. Van Doorn becommentarieerde:

'Wij lieten de geheele bevolking verzamelen' – en inderdaad was iedereen present. Hier is geen militaire commandant aan het woord of een autoritaire bestuursambtenaar, maar een arts. Zijn gezag ontleent hij aan zijn status als Nederlander; méér is niet nodig. 'De bevolking' was op afroep beschikbaar.³⁸

Veel van de geplande projecten konden echter door de economische crisis van de jaren dertig geen doorgang vinden en met de bezetting door Japan in 1942 was het Nederlandse koloniale tijdperk in feite ten einde. Dit beseften men echter niet. Politiek-militair niet, met een moeizame en bloedige dekolonisatiestrijd tot gevolg, maar ook medisch niet. Oproepen voor werk in Indonesië vulden de kolommen van het NTvG, en de redactie gaf zelfs in 1948 nog ruimte aan vijf hoofdartikelen waarin voormalige kopstukken van de medische zorg in Nederlands-Indië nog eens konden terugkijken op het Indië van voorheen, om 'het uitzicht [te] verruimen van hen aan wie het lot van een nieuw Indië is toevertrouwd'.³⁹

Zij zijn een dankbare bron gebleken. Het betekent dat het vooroorlogse beeld – het beeld dat, aldus De Knecht-Van Eekelen, 'de westerse medicus diende te zorgen voor de inlander in het koloniale stelsel' en dus niet het beeld 'van het zorgen door de geëmancipeerde Indonesiër in een eigen staat'⁴⁰ – ook na 1945 nog recht overeenstond. Dit blijkt overduidelijk uit wellicht het grootste medische geschilpunt in die dagen van de zogenaamde politionele acties. De aanleiding was een rapport getiteld: *De artsenspositie in Indonesië*.

Dit rapport was geschreven door E. Kits van Waveren, oprichter en voorzitter van de Medische Coördinatie Commissie die in Nederland verantwoordelijk was voor de hulp

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

aan en in Indonesië. Het betrof een weerslag van zijn bevindingen tijdens een inspectie-reis door Indonesië in september en oktober 1947, op verzoek van het ministerie van Overzeese Gebiedsdelen ondernomen. Kits van Waveren had daarbij diverse Nederlandse artsen in Indonesië ondervraagd. Het beeld dat daaruit naar voren kwam – en dat door Kits van Waveren met weinig distantie was weergegeven – was niet al te vleidend voor de Indonesische artsen. Bovendien was het rapport van racistische vooroordelen doortrokken. Het een halve eeuw eerder ook bij Haga gesignaleerde superioriteitsgevoel was nog allesbehalve verdwenen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de vraag in het rapport of de achterstand in kennis van de (Westerse) geneeskunde die de Indonesiër in vergelijking met de Europeaan had, alléén aan raskenmerken was toe te schrijven, of dat er óók van een gewone scholingsachterstand sprake was.⁴¹ Het was vanwege dit soort opmerkingen dat bijvoorbeeld J.Th. Wilkens, de voorganger van Ph. Simons als hoofd van de Nederlandse Militair-Geneeskundige Dienst in Indonesië, het rapport op politieke gronden onaanvaardbaar vond.⁴²

Bij de rondvraag op de drukbezochte NVTG-ledenvergadering van 7 december 1947 werd de vraag gesteld 'of het niet op de weg [lag] der vereniging [...] zich uit te spreken over het oordeel door de in Indië werkende artsen uitgesproken over de Indonesische collegae', zoals dat naar voren kwam uit het rapport van Kits van Waveren. Deze was overigens nooit zelf in Nederlands-Indië/Indonesië werkzaam geweest en had dus geen tropenervaring.

*Na uitvoerige discussie, die wordt voortgezet in de middagvergadering, wordt met grote meerderheid van stemmen een motie aangenomen, die tegen dit oordeel protest aantekent. Deze zal zo spoedig mogelijk ter kennis van de Minister van O[verzeese] G[ebiedsdelen] en de voorzitter der Medische Coördinatie Commissie te Batavia worden gebracht en ter publicatie worden aangeboden aan de redactie van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.*⁴³

De door het bestuur ondertekende motie luidde:

*Naar aanleiding van het rapport, uitgebracht door den voorzitter der Medische Coördinatie Commissie over de 'Artsenpositie in Indonesië', [...] spreekt de vergadering der Ned. Vereeniging voor Tropische Geneeskunde van 7 december 1947 als haar mening uit, dat het oordeel over de Indonesische arts, daarin weergegeven [...] door een tot oordelen onbevoegde is uitgesproken; dat zij zich in geen dele kan verenigen met de negatieve, generaliserende, onware en onwaardige uitspraken, daarin vervat. Zij protesteert tegen de lichtvaardigheid waarmee deze delicate aangelegenheid, rakende aan ingewikkelde problemen, is behandeld. Zij dringt er op aan, dat in den vervolge in aangelegenheden, de tropengeneeskunde en de voorziening van Indonesië met artsen betreffende, gebruik worde gemaakt van de hulp en voorlichting van de vele artsen in Nederland met langdurige ervaring in Indonesië.*⁴⁴

Kits van Waveren erkende een politieke misstap te hebben begaan, zo kort voor de Renville-overeenkomst van januari 1948, die naast een wapenstilstand ook een – multi-interpretabel – principeverdrag inhield. Hoewel hij dit 'overigens in volkomen onschuld' had gedaan, stelde hij toch op 5 december 1947 zijn functie als voorzitter van de Medische Coördinatie Commissie ter beschikking. Het was duidelijk geworden dat zijn rapport 'hoewel geheel



Medische keuring in Shell-ziekenhuis te Tjepu op Java (Fotocollectie Tropenmuseum)

ongewild, de moeizaam verkregen samenwerking tussen Indonesiërs en Nederlanders zou kunnen verstoren'.⁴⁵ Naar aanleiding van de motie wees hij erop dat hij in de inleiding van zijn rapport reeds had aangegeven dat 'de meningen, welke wij ons zelf vormden, voor 9/10de berusten op wat ons door derden werd medegedeeld, en niet op eigen ondervinding'. Ook had hij geschreven slechts zes weken in Indië te hebben verbleven, wat hem, tezamen met het voorgaande, stemde 'tot grote bescheidenheid en huiverigheid bij het trachten onze indrukken weer te geven'. Verder had hij telkenmale aangegeven wat de bron van het geschrevene was. Het was hem dan ook onbegrijpelijk dat de NVTG desondanks meende dat hij zich 'werkelijk tot oordelen bevoegd zou achten'. Verder wilde hij de 'beoordeling en de discussie over de al dan niet juistheid der gewraakte uitspraken geheel over-[laten] aan de artsen met langdurige ervaring in Indië'. Hij kon het echter niet laten daar met ingehouden, maar enigszins begrijpelijke verontwaardiging aan toe te voegen dat het 'juist déze artsen' waren geweest 'die in Indië deze uitspraken deden'. En, zo vervolgde hij: 'Op dit punt heersen dus blijkbaar aanzienlijke en zeer leerzame meningsverschillen, doch als leek kan ik mij niet in deze discussie mengen'.⁴⁶

Kits van Waveren vond gehoor. De motie werd zeker niet door alle leden van de NVTG

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Militair bekijkt een beenwond in een ziekenhuis in Batavia ten tijde van de politionele acties (Fotocollectie Tropenmuseum)

gesteund. Er kwamen diverse schriftelijke reacties, zoals een waarin politieke overwegingen bij de motie werden verondersteld. In de weergave van de helaas verloren gegane brief werd in het midden gelaten welke die zouden moeten zijn geweest. Maar, zo zei het bestuur, politieke overwegingen waren juist opzettelijk buiten de discussie gehouden. De bedoeling was geweest de 'Indonesische collega's te doen voelen dat de Nederlandsche collega's die Indië kennen, waaronder vele ouderen, het niet met het oordeel eens zijn'. Het nam niet weg dat er meer waren die vonden dat de NVTG met de motie buiten haar boekje was gegaan.⁴⁷

Het kon en mocht blijkbaar nooit de bedoeling zijn van de vereniging dat zij zich in politiek vaarwater begaf. Daarbij kun je je echter afvragen hoe dat, zeker in die tijden, niet het geval kon zijn. Bovendien had de vereniging zich door de inherente steun aan het koloniale systeem altijd al op politiek terrein begeven. 'Politiek terrein' gold kennelijk als het terrein waarop kritiek werd geleverd op de status-quo, of op standpunten die de bedoeling hadden – of op zijn minst die indruk wekten – die status-quo te willen handhaven of een oude situatie te willen herstellen, zoals het rapport-Kits van Waveren. Hoe dan ook: de dissidenten wilden dat de vereniging een nieuwe motie in behandeling nam, waarin

rekening werd gehouden met de genoemde bezwaren en waarin de vorige motie ongedaan werd gemaakt. De stemming over deze nieuwe motie 'zou geheim moeten zijn'.⁴⁸

Maar dat was toch te veel gevraagd. 'Na eenige discussie' werd besloten op de volgende ledenvergadering het standpunt in te nemen dat er 'voor het bestuur geen reden [was] om op een door de ledenvergadering voorgestelde motie terug te komen'. Dat de motie onvoorbereid was, was onvermijdelijk geweest, omdat zij was voortgekomen uit een discussie ontstaan tijdens de rondvraag en bovendien was door de vergadering urgentie bepleit. Maar tevens was 'de zaak waar het om gaat er niet mee gediend haar opnieuw in het publiek aan de orde te stellen'. Aan de dissidenten zou worden geschreven dat een eventuele nieuwe motie niet zou worden gesteund en dat de voorzitter de discussie erover kort zou houden. In het uiterste geval zou 'de portefeuille kwestie' worden gesteld, al zou er niet a priori mee worden bedreigd. Een ander standpunt achtte het bestuur onmogelijk. Immers: 'De motie is op volkomen reglementaire wijze aangenomen, met overweldigende meerderheid van stemmen (er waren slechts drie tegenstemmen) en is geheel uit de ledenvergadering voortgekomen'.⁴⁹

Het neemt niet weg dat duidelijk is dat de vereniging met de zaak in haar maag begon te zitten. Dus werd begin 1948 besloten een brief te sturen aan de inmiddels ex-voorzitter van de Medische Coördinatie Commissie, waaruit duidelijk moest worden dat de motie was bedoeld 'als protest tegen de in zijn rapport weergegeven meningen van anderen en niet tegen hem persoonlijk [was] gericht'.⁵⁰ Uiteindelijk werd op de bestuursvergadering van 15 april 1948 kort verslag gedaan van de diverse reacties, waarna de zaak als afgesloten werd beschouwd.⁵¹

Een eerste stap weg van het Westerse superioriteitsdenken

Zo simpel kwam men er echter niet vanaf. Psycholoog P.J. van der Schaar kwam in een wetenschappelijke bijdrage in december nog eens op de kwestie-Kits van Waveren terug. Die bijdrage droeg de titel 'De Indonesische arts', maar ging, zoals Van der Schaar zelf ook zei, meer over de Indische arts, de autochtone dokter in het tijdperk van de Nederlandse kolonisatie. Ook Van der Schaar was weinig gelukkig geweest met de uitspraken in het rapport van Kits van Waveren. Het was jammer, zo zei hij, dat nu het koloniale tijdperk zijn einde naderde, het laatste woord over de Indische arts 'zulk een denigrerend karakter had' gehad. Dat nam niet weg dat hij wel begreep waarom 'Hollandse artsen, die gedurende de eerste tijd na de Japanse capitulatie in Indonesië werkten, herhaaldelijk tot bittere uitlatingen gekomen zijn over de Indonesische collegae, van wie zij weinig of niets bespeurden bij hun eigen pogingen om in het leed van de bevolking te voorzien'. Zij waren toch artsen die hun bevolking probeerden bij te staan, en die hun alles hadden geleerd wat ze wisten. Maar zij overzagen de omstandigheden niet die de Indonesische artsen tot afzijdigheid hadden gebracht. Om die houding beter te kunnen begrijpen, verwees Van der Schaar naar psychiater P.M. van Wulfften Palthe, voormalig hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Geneeskundige Hogeschool in Batavia, bestuurslid van de Indische afdeling van het Nederlandse Rode Kruis en voorzitter van de Medische Coördinatie Raad, de Indische tegenhanger van de MCC. Van Wulfften Palthe had ooit de wens tot dekolonisatie psychologisch verklaard.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Het is nu eenmaal zo, dat er geen beter middel is, om iemand tot vijand te maken, dan hem voortdurend in zijn carrière, in zijn ontwikkeling en aspiraties te steunen en voort te helpen. Doet men dat uit de hoogte van zijn welwillendheid, met telkens een aanmoedigend klopje op de schouder en met een zekere vriendelijke neerbuigendheid, zoals dat vroeger zoveel met studenten gebeurde, dan zijn de daardoor opgewekte gevoelens voor ieder redelijk mens wel begrijpelijk.⁵²

Behalve dat niet iedereen het eens zal zijn geweest met de definitie van kolonialisme die hieruit valt te destilleren, kunnen deze woorden de indruk geven dat het niet opmerkelijk is dat Van Wulfften Palthe zich onder de criticasters van het rapport bevond.⁵³ Toch is dat wel opvallend. Uit een twee jaar eerder verschenen artikel bleek dat hij wat vooroordelen betrof niet voor Kits van Waveren – of beter: voor de door Kits van Waveren geïnterviewden – onderdeed. In een artikel getiteld *Psychologische beschouwing omtrent den huidige toestand op Java*, schreef hij dat inzicht in de psychologische gesteldheid van de Indonesiër, met zijn ‘hooge emotionaliteit’, had geleerd dat een zachte behandeling om bloedvergieten te voorkomen alleen maar tot meer bloedvergieten leidde. Na afloop van de oorlog met Japan was het Indonesische volk in een primitief ontwikkelingsstadium teruggevallen, dat tot ‘allerlei infantiele reacties’ leidde. Elke samenscholing (‘hordevorming’) moest daarom worden vrijdeld.

De geregredieerde horden en de verspreide eenlingen, die straks een horde zullen gaan vormen, zijn niet voor rede vatbaar, maar wel voor invloeden op hun eigen primitief niveau, met name fysiek geweld. Even weinig als de bedoeling van voorzichtig optreden begrepen wordt, [...] even groot is de invloed, die uitgaat van krachtadige, doelbewuste en tot in details consequente aanwending van machtsmiddelen. [...] [Men moet] met de meest humane bedoelingen [...] ingrijpen met de meest drastische middelen; waarbij men wel moet bedenken dat het doel is en blijft: het herstel van orde en rust.⁵⁴

Terug echter naar Van der Schaar. Punt was dat de schouderklopjes altijd waren uitgedeeld vanuit de zekerheid het bij het rechte eind te hebben. Maar dat gelijk had men hooguit vanuit Westers standpunt, vanuit het oogpunt van de Westerse, wetenschappelijke, materialistische geneeskunde. Het Westen was de maatstaf volgens welke werd ge- en veroordeeld. Was het echter niet beter te ‘meten met verwachtingen, die zijn geboren uit een begrijpend oordeel over de gehele situatie, waarin de Indische arts was geplaatst?’

Laten we eerlijk zijn: gemeten met Westerse maatstaf waren er velen, die bij het wegen te licht werden bevonden. [...] Deze houding impliceert echter dat wij dan ook aanvaarden, dat de Indonesiër ons oordeelt [...] naar zijn Oosterse maatstaf. Dan moeten we ons laten aanleunen, dat hij ons aanmerkt als Ik-zuchtig; als gebonden aan de uiterlijke en materiële wereld. Dat we ons uitermate inspannen om deze bindingen steeds te versterken; dat we daarom bang zijn voor de dood. Dat we ons een Christelijke natie noemen, en dat onze praktijken geenszins met onze woorden en pretenties overeenkomen. Dat hun oorlogen maar kinderspel waren vergeleken met hetgeen aan mensenlevens werd vernietigd door de westerse mens. Dat ze zich beklagen over ons koloniale stelsel en onze rassenwaan.⁵⁵

En dus ook, zo stond tussen de regels door, dat Indonesische artsen niet altijd stonden te springen om de blanke in de nood bij te staan.

Medische hulp als middel tot overheersing

Er was echter nog een reden waarom de Indonesische artsen zich deels afzijdig hadden gehouden bij de door Nederlandse artsen gegeven hulp, en daarover werd door het NVTG niet gemopperd. Het was wel duidelijk in het rapport van Kits van Waveren aangegeven, maar slechts een enkele Nederlandse arts had de vinger erop gelegd. Behalve het verbeteren van gezondheid en hygiëne had de geneeskundige hulp in de archipel namelijk ook een politiek doel: 'aankweking bij de Indonesische bevolking van vertrouwen in en bereidheid tot samenwerking met de Nederlanders'. Hiertoe was 'het brengen van Westerse medische hulp, tezamen met het verstrekken van voedsel, het bij uitstek geschikte en van oudsher beproefde middel'. De hulp aan de bevolking door Rode Kruis, Militair-Geneskundige Dienst en Dienst Volksgezondheid werd door de legerautoriteiten ten volle gesteund, 'daar zij er sneller een grotere coöperatie van de bevolking van zien (aanwijzen van terroristen, inleveren van wapens, berichtgeving over vijandelijke handelingen, enz.)', al bleef de hulp aan militairen voorop staan.

Kits van Waveren wees erop dat de 'komst van de Nederlandse artsen [...] hier in hoofdzaak betekenis [heeft] voor de verhoging van het prestige van Nederland bij de nieuwe Oost-Indische regering'. Met de Nederlandse geneeskunde werd een kolossaal Nederlands belang gediend, aldus Kits van Waveren. Een opvatting die we omstreeks 1900 ook al bij Stokvis zagen. Hij meldde dat de bataljonsartsen, de hulpverbandplaatsartsen en ook andere militaire artsen met hun geneeskundige personeel zoveel mogelijk hulp verleenden aan de burgerbevolking. 'De legerkommandant [S.H. Spoor] en de chef MGD [Ph. Simons] stimuleerden dit werk, hetwelk alleen zijn begrenzing vindt in de beschikbare tijd der artsen en het genees- en verbandmateriaal.' De militairen gingen immers voor en als het leger verdertrok gingen de artsen mee.⁵⁶ Kits van Waveren:

Het is noodzakelijk dat Nederlandse artsen naar Indië gaan, om de bevolking te helpen en haar onze goede gezondheid te tonen. Aldus hopen wij de goodwill van de bevolking te krijgen, welke wederzijds zo nodig is, om het land er weer boven op te helpen. Wij wezen reeds op het feit, dat door de medische pacificatie de ondernemingen gemakkelijker koelies kunnen krijgen en de militaire commandanten hun gebied rustiger zien worden. [...] Bij de werving van artsen voor Indië moet ten volle de juistheid en de waarde erkend worden van leuzen, welke spreken van offervaardigheid, het zich bewust moeten zijn van de grootse, historische, culturele en medische taak, welke voor Nederland en haar artsen hier is weggelegd en van het kolossale Nederlandse belang, hetwelk met het brengen van Nederlandse geneeskundige hulp aan de Indonesische burger gediend wordt.⁵⁷

Omdat dat pacificerende effect natuurlijk alleen werd bereikt als de hulpverlening ook door Nederlandse handen werd uitgevoerd, werd buitenlandse medische hulp – ondanks tekorten – afgewezen.⁵⁸ Gevolg van deze weigering van buitenlandse hulp was dat de politiek gebruikte schaarste deels zelf werd gecreëerd. En dit had tot gevolg dat H.M. van Randwijk, de antikoloniale hoofdredacteur van het weekblad *Vrij Nederland*, in een verslag van een

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

reis door Indonesië in 1947 kon schrijven over lange rijen mensen die voor de poliklinieken en noodhospitalen stonden, 'een vervaarlijke schimmenstoet, zoals wij ze kennen uit de Duitse concentratiekampen. Niet beter! Even erg! Ze kunnen lang niet allemaal geholpen worden.'⁵⁹

Geneeskunde is een nationale zaak

De NVTG protesteerde echter niet tegen de opvatting dat medische hulp in Indonesië niet alleen een menslievende, maar ook een nationale taak was. En dat is niet verwonderlijk. Zij werd namelijk domweg onderschreven. Dit standpunt is bijvoorbeeld terug te vinden in de inauguratie van Dinger, bestuurslid van 1951 tot 1956 en van 1961 tot 1963. Hij was medio 1947 tot hoogleraar in Leiden benoemd, waarbij hij de aanwezige studenten een parafrase van de vergelijking tussen de twintig- en de veertigjarige op het hart drukte. 'Wie als medisch student niet gegrepen wordt door de bekoring van de hulp aan het ziekbed, heeft geen hart; wie als arts niet gerijpt is tot praeventief denken en hygiënisch inzicht, heeft geen verstand.'⁶⁰

In zijn inaugurele rede, *De ontwikkeling der tropische gezondheidszorg*, hield hij zijn gehoor voor dat er twee manieren waren waarop de implementatie van maatregelen op het gebied van de gezondheidszorg kon plaatshebben. Maatregelen konden van bovenaf worden opgelegd, maar er waren er ook waarvoor de medewerking van de bevolking onontbeerlijk was. Tot de opgelegde maatregelen behoorden quarantaine, riolering en in zekere zin ook de pokkenvaccinatie. 'Onder zachten drang [...] doorgevoerd, werd deze lichte ingreep door de bevolking, zoal niet met enthousiasme, dan toch met gelatenheid aanvaard.' Maar het lukte niet altijd die medewerking te verkrijgen, en dus was er vooral 'in dwanggemeenschappen, zoals die van gevangenen, ondernemingsarbeiders, militairen' veel schoons bereikt, zoals vijftig jaar eerder ook Nieuwenhuis al had aangegeven.

Wat op dit gebied in een tropisch land verricht kan worden, wordt het best geïllustreerd door de schitterende resultaten in den aanvang dezer eeuw verkregen met het pionierswerk van Schüffner en Kuenen in Deli en door de geneeskundige statistieken van het Koninklijk Nederlands-Indisch Leger.

Maar de tijden waren veranderd. Kon Nieuwenhuis nog op algemeen instemmend geknik rekenen en werden diens woorden algemeen als vanzelfsprekend gezien, dat was in 1947 niet meer het geval.

Geleidelijk is echter het besef gerijpt, dat voor een vrije bevolking slechts dan een blijvend succes kan worden verwacht, wanneer de gezondheidszorg niet als een zegen van boven neerdaalt, doch haar weerklank vindt in de ziel van het volk. Om dit te bereiken is het nodig, het vertrouwen van het volk te winnen en de eerste eisen daarvoor zijn kennis van zijn cultuur en begrip van zijn gemoeds- en gedachteleven.'⁶¹

Het zijn noties die sindsdien de denkwijze over (medische) ontwikkelingshulp dan wel ontwikkelingssamenwerking zijn gaan bepalen, maar die van de andere kant ook heel goed

passen in de opvatting dat medische hulp een perfect middel is om een vijandelijk gezinde bevolking vriendelijk te stemmen. Datzelfde – en meer nog – gold voor een inauguratie die een jaar later werd gehouden.

Met de rede *De kringloop der tropische geneeskunde* volgde in 1948 P.B. van Steenis, voormalig hoofd van het Militair-Geneskundig Laboratorium in Batavia en voorzitter van de NVTG tussen 1950 en 1952, Snijders op als buitengewoon hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Daarbij ont kwam hij er natuurlijk niet aan iets te zeggen over de strijd die in zijn geliefde Indonesië woedde. De studenten en artsen die van zins waren werk in de tropen te gaan verrichten, hield hij voor dat ze nodig waren 'om mede leiding te geven bij het weer op gang brengen van de geneskundige instellingen waaraan Indonesië zo grote behoefte' had. Tevens echter hadden zij, en dan zeker de jongeren onder hen, de plicht 'de verstoorde verhouding met vele onzer Indonesische collega's te herstellen'.

De geneeskunde met haar ideële functie van dienaars der lijdende mensheid en haar opvoedende taak als Wetenschap vormt een brug, waarop volkeren elkaar gemakkelijk de hand reiken. Aarzelt niet dit grote medische, sociale en vaderlandse werk te aanvaarden; het kan U niet alleen grote voldoening schenken, maar tevens ruim de bestede inspanning vergoeden door verrijking van Uw medische kennis, die of in de tropen of later in Nederland haar vruchten zal geven.⁶²

De instemming met maatregelen van bovenaf bleek ook uit de eerdergenoemde hoofdartikelen die in 1948 in het NTvG verschenen en waar het verlangen vanaf droop naar de tijd dat de Nederlandse artsen nog orde schiepen in de chaos en kennis brachten temidden van de onwetendheid. Zo constateerde Van Loghem in diens 'Indië voor de oorlog' dat in Indonesië 'de eerste tekenen van herstel en opbloei' te zien waren, maar dat 'de jaren van ramp en chaos' zeker nog niet voorbij waren. Vóór de oorlog was het land allesbehalve een toneel geweest 'van geneskundige verwaarlozing, "mobiele teams" en noodvoorzieningen' zoals na 1945 het geval was. De geneeskunde beperkte zich toen ook niet tot 'menslievende hulpverlening aan behoeftige zieken'. Nee, er was sprake van 'tot op hoog plan sterk gedifferentieerde sanitaire stelsels', 'ten behoeve van verschillende gevormde gemeenschappen – van de landelijke en stedelijke bevolkingsgroepen, van de arbeiders "kolonisaties" en andere bijzondere samenlevingen'. De individuele verzorging van zieken vormde daar slechts een onderdeel van. De verwachting was dat het nieuwe Indië zou proberen deze stelsels te doen herleven.⁶³

Winckel schreef in 'De Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indië' dat in 1948 een groep artsen in Indonesië werkte die geen weet had van de jaren van 'voorbeeldloze vooruitgang op velerlei gebied, ook op dat der volksgezondheid'. Een groot aandeel in die vooruitgang had de Dienst Volksgezondheid gehad. Een van de eerste taken van deze dienst was het opzetten van een bevolkingsregister geweest, waarbij de 'Nederlandse nuchterheid' had gewaakt tegen perfectionisme, 'een kwaal waaraan men in andere landen nogal eens lijdt'.⁶⁴ Een opmerking die in het licht van de rol die de Nederlandse persoonsbewijzen hebben gespeeld bij de jodenvervolging, ietwat pijnlijk kan worden genoemd. Verder had de Dienst Volksgezondheid als opdracht 'het onderzoek naar de staat der volksgezondheid, zomede waar nodig de aanwijzing der middelen tot verbetering en bevordering van de toepassing dier middelen' en 'de handhaving der wetten en verordeningen in het belang der volksgezondheid'. En dat was een taak van Herculische omvang op een eilandenrijk met

zeventig miljoen inwoners die grotendeels 'in een middeleeuwse maatschappij' leefden.⁶⁵ Het systeem van de Dienst Volksgezondheid hield 'vérgaande samenwerking met de eigenlijke bevolking' in, zoals dat ook met de rest van het bestuur van Indië het geval was geweest, aldus Winckel. Het resulteerde in gestage ontwikkeling, een proces dat begin 1942 werd afgebroken, 'hopelijk tijdelijk', zo schreef hij nog in 1948. Gaandeweg waren een aantal hoge geneeskundige posten in inlandse handen gekomen. Het geheim van het succes van het Nederlandse beleid lag in het 'door eeuwenlange omgang verkregen inzicht in de mentaliteit der inheemsen, niet beter of slechter dan die van de westerling, doch anders'. Het leidde tot 'verstandig gebruik' van aan de Indonesiërs 'inhaerente eigenschappen ook op geneeskundig en hygiënisch gebied, tot zegen [...] van land en volk'. Het was een proces dat reeds zo'n honderd jaar duurde en men hoopte dat het kon worden voortgezet tot 'het einddoel' was bereikt: 'Behartiging van eigen zaken, ook op geneeskundig gebied, door eigen leden. Hoe lang het zal duren vóór dit verwezenlijkt is, ligt in de schoot der goden.'⁶⁶

Als voorbeeld wees Winckel op de heilzame werking van salvarsan in de strijd tegen framboesia tropica. Het was, zo schreef hij, volkomen duidelijk wat een zegen de verspreiding van dat middel door de artsen voor de inlandse bevolking was geweest, 'en hoezeer deze framboesiabestrijding *het* middel van propaganda voor de Westerse geneeskunst onder een Oosters volk is en blijft'.

Men vraagt zich onwillekeurig af, met hoeveel jaren de Atjeh-oorlog bekort zou zijn geweest, wanneer salvarsan niet in 1910, maar in 1870 of 1880 ware uitgevonden! Onder de fanatieke Atjehers waren er, die van de gehate 'compenie' ook de zegeningen der koepok-inenting niet wensten te aanvaarden; zij begrepen die niet, beschouwden de vaccinelittekens op de armen der kinderen als 'tjap compenie', en sneden bij hun aanvallen op reeds onderworpen dorpen de kinderen met zulke littekens wel eens de armen af! Maar voor de weldaad van een salvarsaninspuiting zouden ook zij zeker op den duur gezwicht zijn!⁶⁷

In de jaren vanaf 1942 werd de bevolking 'berooft' van de leiding, '(thans wel denigrerend als "koloniale overheersing" betiteld)' waaraan ze was gewend. Ze kreeg daarvoor in de plaats 'holle leugenachtige leuzen zoals "Aziatische eenheid"'. Het op ontvoogding gerichte Nederlandse gezag werd vervangen door 'de brute meester' die 'honderdduizenden in dwangarbeiderschap wegvoerde en velen ellendig deed omkomen'. Aan die situatie kwam in 1945 een einde, maar de gevolgen verdwenen niet. 'De binnenlandse troebelen' lieten de ellende voortduren.

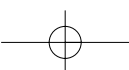
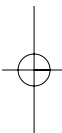
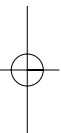
Overal, waar Nederlandse en met hen samenwerkende inheemse artsen voor het eerst in aanraking kwamen met de bevolking, vonden zij verwaarloosde, verschooierde, in lompen gehulde, door ziekte en ondervoeding geteisterde massa's, die zich vol vertrouwen tot de 'toean dokter' wendden, zoals voorheen.⁶⁸

De gezondheidsorganisatie was terug bij af en de gezondheidstoestand weer ten hemel schrijdend. Dat kon en zou pas weer veranderen als 'recht en veiligheid' waren weergekeerd en de 'artsen, inheemsen en Nederlanders, weer hun kans op werk ten bate van het volk' kregen, zo was de algemene teneur.⁶⁹

Ook Offringa liet zich in 'Geneeskundige hulp aan de Javaanse bevolking door middel van hulpziekenhuizen en policlinieken' in deze zin uit. Van de uitbouw van de Westerse geneeskunde in de Oost profiteerde niet alleen die Oost. Ook de Westerse kennis werd gediend door de ervaringen in de Oost opgedaan. De archipel leverde 'voor de uitbouw van hygiëne en pathologie, voor de verrijking van diagnostisch en therapeutisch arsenaal een groot aandeel'. De archipel was een machtige plek voor artsen om te leven en te werken. Daar diende zich 'een veelbelovend experimenteel leven' aan 'op de diverse gebieden der geneeskunde'.⁷⁰

De voornaamste moeilijkheid daarbij was dat het miljoenen zielen omvattende Indische volk '*nog niet klaar stond noch in staat* was om de zegeningen onzer Westerse geneeskunde te aanvaarden'. Het was nog niet klaar omdat velen zich verzetten tegen de pogingen het voor die Westerse geneeskunde noodzakelijke ziekte-inzicht en de daarbij horende hygiënische maatregelen over te nemen. Daarvoor overheerste de animistische denkwijze nog te veel. Alleen daar waar de resultaten onmiskenbaar waren, zoals ook volgens hem 'bij de framboesiabestrijding en de neosalvarsaninspuitingen', ging men snel overstag. Maar ook dat had zijn keerzijde. Onwetendheid bracht de mensen ertoe te denken dat salvarsan een wondermiddel tegen alle kwalen was. De patiënt met een slechts operatief te behandelen kankergezwell begreep daardoor niets 'van de weigering, waarmee de bereidheid zich een inspuiting te laten geven, werd bejegend'.⁷¹

Bovenal was men nog niet klaar voor de Westerse geneeskunde omdat er 'nog te veel vooroordeel heerste tegen de wijze waarop en omstandigheden waaronder de Westerse zegeningen werden aangeboden of althans naar haar gevoelen vaak dwingend werden opgelegd'.⁷² En de Westerling zelf was niet in staat om die zegeningen voldoende over het voetlicht te brengen. Niet alleen vanwege het taal- en cultuurverschil, maar ook vanwege 'de voor ons begrip dwaze vrees [...] van de grote massa voor al wat Westers en al wie Europeaan is, die als boeman van de kinderen gebruikt werd' en die 'nog slechts weinig als een helper, die de reddende hand uitsteekt, begroet werd'. De zegeningen die het Westen bracht, moesten daarom door medewerkers uit het eigen volk worden gepromoot, ook op het gebied van de geneeskunde.⁷³



3 De NVTG in de jaren na de oorlog

Gevolgen van de dekolonisatie

We zagen al dat het einde van de Tweede Wereldoorlog en de dekolonisatiestrijd een stroom van artsen naar Nederland op gang bracht. Een groot deel daarvan ging de rangen van de NVTG versterken. Zij wilden in groten getale lid worden, maar dat ging niet zo-maar. Behalve dat directe toezegging van het lidmaatschap organisatorische problemen op zou leveren, moest eerst worden onderzocht welke rol de aspirant-leden in de oorlog hadden gespeeld. Ten minste twee leden zijn daardoor niet tot de vereniging toegelaten; hun rol in de Japanse kampen was te dubieus geweest.⁷⁴ Maar al met al groeide de vereniging door het verlies van Indonesië en later door het verlies van Nieuw-Guinea behoorlijk. Begin jaren zestig lag het ledental omstreeks de 200.⁷⁵

Nadelen had deze stijging natuurlijk ook. H.W.A. Voorhoeve was kinderarts en voorzitter van de NVTG tussen 1982 en 1989 en begin jaren zestig een van de jonge leden. Hij zei zich aangetrokken te hebben gevoeld tot de tropengeneeskunde en de NVTG vanwege het multidisciplinaire karakter ervan. Maar het hoge *tempo doeloe*-gehalte van de vereniging had hem behoorlijk tegengestaan. 'Zacht gezegd, het was een stelletje oude heren die graag verhaalden over hun mooie jaren in de tropen. Wij, de Nieuw-Guineagangers, voelden ons in dat gezelschap veel meer de pioniers van het nieuwe!'⁷⁶

Voorhoeve was een van de mensen die graag vraagtekens plaatsten bij ingesleten terminologie, zoals 'tropenarts' of later 'medische ontwikkelingssamenwerking':

*Medisch ontwikkel je niets. Je kan ons werk een vorm van humanitaire hulpverlening noemen maar het is geen katalysator voor het verbeteren van levensomstandigheden. Hoe je het ook wendt of keert daarvoor is economische vooruitgang nodig. Dat is in het westen zo, en daar net zo. [...] Een tropenarts:... wie is dat? Een Westerse arts die in de tropen werkt? Maar hoe noem je dan een arts uit de tropen? Is dat dan ook een tropenarts?*⁷⁷

De wreveld van Voorhoeve bij de sfeer van de NVTG omstreeks 1960 raakt direct aan een van de fundamentele problemen van de NVTG door de jaren heen. Het moest een vereniging zijn die de wetenschap van en het onderwijs in de medische zorg in de tropen bevorderde. Maar het moest ook een plek zijn waar (voormalige) tropenartsen elkaar konden ontmoeten in een vrijblijvende sfeer. Het gevaar lag constant op de loer dat de balans te veel naar het laatste zou doorslaan en het vooral een gezelligheidsvereniging zou worden. Eigenlijk kwam daar pas een einde aan door de komst vanaf de jaren zestig van artsen zonder koloniaal verleden. En ook door het ontstaan van werkgroepen in de jaren zeventig en tachtig en de professionalisering met betaalde medewerkers aan het eind van de twintigste eeuw.

Maar ook dit zou weer nadelen hebben. Sommigen hadden bijvoorbeeld kritiek op het feit dat er met de werkgroepen clusters in de vereniging ontstonden, waardoor de kenmerkende multidisciplinariteit verloren ging. Bovendien werd volgens sommigen het aloude gebied van de wetenschap veronachtzaamd: door de toename van de politieke actie en door de clustervorming, die steeds minder onderling kritisch debat tot gevolg had.⁷⁸

Terug echter naar de tijd van de dekolonisatie. Niet alleen getalsmatig, ook inhoudelijk hadden oorlog en dekolonisatie hun effect op de vereniging. Tot in de jaren zestig zouden ze veel wetenschappelijke verhandelingen inhoudelijk bepalen.⁷⁹ Ten eerste werden de medische gevolgen van de oorlog onderwerp van gesprek. Zo werden in de ledenvergadering van oktober 1960 de gevolgen van kampziekten besproken. Ten tweede werd door het verlies van Indonesië het werkterrein naar Nieuw-Guinea verplaatst en dat was goed af te lezen aan de wetenschappelijke verhandelingen.⁸⁰ In 1951 werd in Nieuw-Guinea een Dienst Gezondheidszorg opgericht. Belangrijkste man was Jaap Bierdrager, directeur van de dienst van 1954 tot 1959. Nog meer dan in Indië al het geval was geweest, lag de nadruk op preventieve gezondheidszorg en de bestrijding van endemieën als malaria, framboesia, lepra en tuberculose, waarbij de dienst zelfstandig kon opereren. Het zou leiden tot het nodige nieuwe onderzoek, tot diverse proefschriften en tot verhandelingen in de NVTG-bijeenkomsten.⁸¹

In 1962 ging echter Nieuw-Guinea over in Indonesische handen, waardoor van het oorspronkelijke – koloniaal bepaalde – werkterrein alleen nog Suriname en de Nederlandse Antillen overbleven; gebieden die toen op hun beurt in aandacht stegen. Een groot probleem in Suriname was dat de daar gevestigde Geneeskundige School niet in de artsenbehoefte kon voorzien, onder andere omdat Nederland het diploma niet erkende. Veel Surinamers volgden hun opleiding daarom in Nederland, om vervolgens niet meer naar Suriname terug te gaan. Een situatie die met de onafhankelijkheid in 1975 eerder nog verslechterde dan verbeterde. Om deze situatie te veranderen was in 1966 een overeenkomst gesloten tussen de Surinaamse regering en de Universiteit van Leiden. Leiden verplichtte zich in Suriname een preklinisch Wetenschappelijk Instituut te vestigen en in stand te houden, docenten te leveren en Surinaamse docenten op te leiden. Totdat het instituut gereed was zou de opleiding in Leiden zelf plaatshebben.⁸²

Op 30 juni 1973 was het zover. Het P.C. Flu Instituut, genoemd naar de hoogleraar Tropische Hygiëne te Leiden, opende zijn deuren. Er konden 27 eerstejaars worden ingeschreven. In de jaren daarvoor hadden in Leiden 151 Surinaamse studenten onderwijs ontvangen. Dat de docenten nu naar Paramaribo moesten gaan, werd – met recht – als een grote verzwarende van hun taak gezien.⁸³ Je kon het vergelijken met de docenten van de Vrije Universiteit die in diezelfde tijd nu en dan naar Kisangani in Congo gingen om aan hun – zelfgekozen – verplichtingen tegenover de Université Libré te voldoen. Ook die waren daar vanwege de werkdruk niet altijd even gelukkig mee.⁸⁴

Ondertussen was de Geneeskundige Opleiding vervangen door de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Universiteit van Suriname. Het bijbehorende hospitaal kreeg de status van Academisch Ziekenhuis. Beide zouden met regelmaat door Nederlandse studenten worden bezocht voor hun co-assistentenschappen. De verantwoordelijkheid voor het P.C. Flu Instituut kwam na de onafhankelijkheid bij Suriname te liggen. Dit alles betekende dat Suriname over een volledige en volwassen medische opleiding was gaan beschikken – waarvan aanvankelijk het curriculum wel nog behoorlijk Nederlands was gekleurd. Maar de sterke migratie naar Nederland riep de vraag op of zo'n kostbare opleiding wel te verantwoorden was.⁸⁵

In de Nederlandse Antillen ging in de jaren zestig het Sint Elisabeth Hospitaal (Curaçao) een samenwerkingsverband aan met de Rijksuniversiteit Groningen: de Nederlands-Antilliaanse Stichting voor Klinisch Hoger Onderwijs. Die stichting maakte het doctorandi mogelijk coschappen te volgen in het ziekenhuis en organiseerde een halfjaarlijkse *post-graduate* cursus voor artsen uit de Antillen, Suriname en andere landen uit de regio.⁸⁶

Samenwerking over de grenzen

Zoals de kolonisatie het nationalisme versterkte, zo had de dekolonisatie een versterkend effect op het internationalisme van de vereniging. Helemaal nieuw was die blik over de grens echter niet. Al begin 1934 was er eens per jaar een gezamenlijke vergadering met de Belgische Vereniging voor Tropische Geneeskunde (natuurlijk met een onderbreking vanwege de oorlog).⁸⁷ De bedoeling van de NVTG was dat vergaderingen eenvoudig bleven en niet ontaardden in congressen. Hoewel het initiatief was uitgegaan van de directeur van het Instituut voor Tropische Geneeskunde Prins Leopold, professor J. Rodhain, wilde het NVTG-bestuur de eerste vergadering in Nederland houden 'om dadelijk in eenvoudigen stijl voor te gaan' en 'met soberheid te kunnen beginnen'. Ook om te verhinderen dat 'door hoge kosten een ontijdig einde aan dit goede idee' zou komen.⁸⁸ Die eerste gezamenlijke vergadering had daardoor plaats in het Koloniaal Instituut, op 24 en 25 maart 1934. De vreugde die dit opleverde werd overschaduwd door de dood van koning Albert van België en van voormalig regentes Emma van Nederland. Men overwoog de vergadering uit te stellen, maar besloot het congres juist wel door te laten gaan.

*Samenkomsten als deze ter beoefening van de wetenschap en ter bevordering der samenwerking tusschen twee zusterstaties vallen geheel in den geest, zoowel van uw Koning als van onzen Koningin-Moeder en wij eeren daarmee Hun nagedachtenis. Ook is de geest van eenvoud, dien de beide zusterverenigingen aan deze jaarlijksche bijeenkomsten bedoelen te geven, daarmee geheel in overeenstemming.*⁸⁹

Eind 1948 werd de toenadering tot de Belgische collega's hernieuwd, elf jaar na de laatste gezamenlijke vergadering. Besloten werd in mei 1949 in Amsterdam weer bij elkaar te komen.⁹⁰ Dit besluit kreeg een onverwacht vervolg door een brief van de Zwitserse hoogleraar Geigy om die vergaderingen uit te breiden met Zwitserse tropenartsen en eventueel zelfs met Fransen en Britten. Volgens de NVTG zou dit echter de informele, bescheiden opzet van die ontmoetingen te veel veranderen, zelfs als alleen de Zwitsers zouden worden toegelaten. Een vergadering met alleen Belgen en Zwitsers, zoals Geigy eigenlijk voor ogen had gestaan, werd dan ook verworpen. Gezamenlijke vergaderingen met de Fransen en de Britten erbij zouden echter 'een belangrijke uitbreiding van onze gezichtskring betekenen'. Ondanks de mitsen en maren werd het dan ook zeker als interessant idee gezien. En het werd alleen maar interessanter door een brief van de minister van Sociale Zaken van juni 1949, waarin internationale samenwerking werd aangemoedigd. De NVTG besloot dan ook te proberen in 1951 voor de eerste maal op deze ruime basis bijeen te komen.⁹¹

Die eerste 'interland-vergadering' zou bij voorkeur bij de Britten moeten plaatshebben, 'uit de overweging dat zij ongetwijfeld over veel meer materiaal beschikken dan wij'. De Fransen hadden hun medewerking reeds toegezegd en de Belgen zouden worden gepolst.

De betrokkenen zouden er nog over beraadslagen of dat ook zou gebeuren met de Zwitsers – nota bene de initiatiefnemers.⁹² De Britten bleken het in 1951 echter te druk te hebben, zeker voor het organiseren van de bijeenkomst en waarschijnlijk ook voor het bijwonen van een vergadering elders. Maar ook organisatie door de NVTG, de tweede gegadigde, lag moeilijk. Het was onmogelijk goed voor de dag te komen 'onder de huidige omstandigheden', waarmee ongetwijfeld op de naoorlogse economische situatie werd gedoeld. Dat was echter wel noodzakelijk als de bijeenkomst moest uitmonden in een langdurig contact. Omdat in 1952 al een internationale vergadering was gepland, betekende uitstel dat het plan minimaal twee jaar opschoot. Voordeel was wel dat daardoor de traagheid van de correspondentie – voor iedere beslissing moest weer op een volgende vergadering van een van de deelnemers worden gewacht – niet zo'n groot probleem meer was. Waarschijnlijk zou hierdoor 1951 toch al een onhaalbare kaart zijn geweest. Dus werd er inderdaad tot uitstel besloten. Dit zou worden gemeld aan de Britten, Fransen en Belgen,⁹³ wat het vermoeden doet rijzen dat Zwitserse deelname al geen serieuze optie meer was.

Intussen bleven de gezamenlijke vergaderingen met de Belgen gewoon doorgaan: sober in Nederland, gezellig in België, zoals alle vooroordelen ingeven. Eind jaren vijftig vond bestuurslid P.H. van Thiel dit te gortig worden. Hij vond het tijd worden om bij de volgende gezamenlijke vergadering 'de een of andere instantie' te vragen de Belgen een lunch aan te bieden, zoals zij dat ook altijd deden. Maar de overige bestuursleden bleven van mening dat 'toch vooral de eenvoud' moest worden gehandhaafd. 'Ook het organiseren van vermaak voor de dames moest als regel achterwege blijven.'⁹⁴

Op de volgende vergadering in Brussel in mei 1960 zouden de Belgen ook de Fransen vragen. Dat moest eerst even overlegd worden, maar werd vervolgens door het bestuur goedgekeurd, waarbij de argumentatie aangeeft dat er inderdaad sprake was van een relatie tussen dekolonisatie en internationalisering. Het zou weliswaar eerst nog aan de ledenvergadering worden voorgelegd, maar, al moest het incidenteel blijven en al zou het gezellige karakter van de samenkomsten met alleen de Belgen zeker verminderen, eigenlijk was het wel een goed idee. Dit omdat de Belgen 'mogelijk in de toekomst [een] minder groot arbeidsterrein in de tropen zullen behouden'. En inderdaad zou niet lang daarna Congo zelfstandig worden. De eerste tripartite bijeenkomst zou worden gehouden in oktober 1962. Als onderwerp was eerst gedacht aan de pest, maar uiteindelijk werd besloten dat het 'praktische problemen betreffende vaccinaties' moest worden. De buitenlandse dames zouden daarbij 'door de Nederlandse dames bezig gehouden moeten worden (films, uitgangetjes etc.)'.⁹⁵ Een groot succes werd het allemaal niet. Voor de tripartite bijeenkomst in Parijs in 1969 bleek bijvoorbeeld weinig belangstelling te zijn. Misschien dat er aan uitbreiding met de Britten en/of de Duitsers moest worden gedacht? Die laatsten waren namelijk zeer actief in West-Afrika.⁹⁶ De oorlog begon te vervagen.

De specialistenregistratie

Een ander onderwerp dat weliswaar reeds voor de oorlog had gespeeld, maar pas erna volop in de belangstelling kwam, was de vraag of tropische geneeskunde als apart specialisme moest en kon worden geregistreerd. Dat vak was namelijk meer een overkoepeling van allerlei verschillende specialismen dan een apart specialisme.⁹⁷ Een vraag van de Specialisten Registratie Commissie om zich 'te willen uitspreken over de eischen die aan het specialisme in de tropische geneeskunde behoren te worden gesteld' was al eens in 1933

en 1934 ter tafel gekomen, maar had toen tot niets geleid. In 1947 werd zij opnieuw voorgesteld.⁹⁸ Er werd besloten een commissie in het leven te roepen die zou proberen antwoord op deze vraag te geven. Die zou behalve Kouwenaar onder meer bestaan uit A. Bonebakker, die voorzitter van de NVTG zou worden in 1960 en erelid in 1966. De commissie zou op de volgende ledenvergadering verslag van haar bevindingen uitbrengen.⁹⁹

De commissie kwam tot de conclusie dat het nog steeds niet nodig was tot een echt specialisme in de tropische geneeskunde te komen, zolang dit 'in verband met de fondsen en de verplicht verzekerden' niet noodzakelijk was. Mocht dat in de toekomst echter wel het geval zijn – bijvoorbeeld als 'vele gerepatrieerde burgers en militairen naar de fondsen overgaan' – dan zouden drie categorieën artsen als specialist in de tropische geneeskunde kunnen gelden. Voor de derde categorie zou een speciale beoordelingscommissie moeten worden ingesteld. Deze categorieën waren:

- *Internisten, in Nederland ingeschreven, met tropenervaring.*
- *Internisten, als zodanig ingeschreven bij de Bond van Geneesheeren in Indië, met tropenervaring.*
- *Niet-internisten, die zich in Indië in een goed ingericht ziekenhuis en laboratorium, voldoende hebben bekwaamd in tropische ziekten.*¹⁰⁰

Aan de Specialisten-Registratie-Commissie werd in deze zin geadviseerd. Die nam het advies ter harte en besloot voorlopig geen specialisme tropische geneeskunde in te stellen.¹⁰¹ Dit besluit zou in 1953 een staartje krijgen in verband met de dekolonisatie. Er was een brief binnengekomen van de hoofdinspecteur volksgezondheid die vroeg om een lijst van tropenartsen in Nederland 'tot wie gerepatrieerden zich kunnen wenden'. Dat was echter zo eenvoudig nog niet, omdat er geen specialisme tropengeneeskunde bestond. Het was daarvoor heel moeilijk te zeggen wie er wel en wie er niet aan de criteria voldeed om die naam te mogen dragen.¹⁰²

En dit zou zo blijven, ook toen eind jaren zestig de belangstelling voor tropische geneeskunde aan de Nederlandse universiteiten toenam. In verband daarmee vroeg de Nederlandse Internisten Vereniging zich af hoeveel specialisten er in Nederland eigenlijk waren met verstand van tropische ziekten. En wat de mogelijkheden waren dit aantal uit te breiden. Een antwoord was echter nauwelijks mogelijk en de NVTG opperde de gedachte dat het ook vrijwel onmogelijk zou zijn een volledig specialisme tropische geneeskunde te bereiken. Er zou eerder moeten worden gedacht aan een aantekening tropische geneeskunde bij de specialismen interne geneeskunde en kindergeneeskunde. Punt was verder dat er veel huisartsen waren die weliswaar ervaring hadden met tropische ziekten, maar niet als specialist stonden ingeschreven. Zij zouden daarom 'die aantekening onder de vigerende bepalingen van de Specialisten Registratie Commissie niet [...] kunnen verwerken'. Een oplossing daarvoor zag het bestuur niet,¹⁰³ maar enkele jaren later kwam die vanzelf, toen ook de huisarts tot specialist werd benoemd. Tot die tijd was het een lastige kwestie. Je kon toch moeilijk een specialist met louter een aantekening in tropengeneeskunde 'tropengeneeskundige' noemen, terwijl iemand die geen specialist was, maar wel jaren in de tropen had gewerkt, niet zo genoemd mocht worden? Werd het niet weer eens tijd voor een studietoelating, waaraan dan afgevaardigden moesten deelnemen van de KNMG, de Specialisten Registratie Commissie, de hoogleraren in het vak, het Havenziekenhuis en de NVTG zelf? Het bestuur zou zich nog beraden.¹⁰⁴

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Maar het zou niet het gewenste resultaat hebben. De registratie van 'tropengeneeskunde' als apart specialisme kwam er niet. Dat is tot op heden ook zo gebleven. In 1992 bevestigde het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten het oordeel, met onder meer als argument dat een arts die besloot enkele jaren in de tropen werkzaam te zijn, daar zelf voor koos. Als dat dan inhield 'dat hij daarmee nadien op achterstand of barrières' stuitte, dan was dat het simpele gevolg van die zelfgemaakte keuze. Maar de onmiskenbaar grote schat aan ervaring die een tropenarts opbouwde, kon door de totaal andere omstandigheden niet als vervanging dienen voor een deel van de opleiding tot specialist.¹⁰⁵ In januari 2000 besloot het College voor Huisartsengeneeskunde en Verpleegkunde niet aan het verzoek van de NVTG te voldoen om het vakgebied tropische geneeskunde als specialisme te erkennen, al was dat in vier andere Europese landen wel al het geval (Denemarken, Frankrijk, Portugal en Groot-Brittannië). Dit betekende dat de opleiding tropische geneeskunde, die onder auspiciën van de NVTG plaatshad, geen erkende vervolgopleiding kon worden.¹⁰⁶

4 Naar een nieuwe, praktische invulling van het métier

Een nieuw beleid krijgt contouren

Hoewel het door de ledengroei en een tijdelijke verhoging van de contributie medio jaren vijftig financieel niet slecht ging met de vereniging, was de schatkist toch te weinig gevuld om uitgebreid stil te staan bij het vijftigjarig bestaan. Een gedenkboek was uitgesloten, al zou wel bij het jubileum worden stilgestaan in een nummer van de *Documenta* in december 1957.¹⁰⁷ Wel werd er een herdenkingsrede voorbereid: de al meerdere malen ter sprake gekomen lezing van Winckel. Die sloot zijn verhaal af met woorden die de door het verlies van Indonesië noodzakelijk geworden beleidswijziging duidelijk maakten.

*Al is Nederlandsch-Indië van het toneel verdwenen, de vaderlandse wetenschap heeft nog vele aanrakingen met de tropen, door Suriname, de Nederlandse Antillen en Nieuw-Guinea; ook in het huidige Indonesië voelen wetenschappelijke werkers (zowel Indoneziërs als Nederlanders) zich met ons verbonden. Bovendien werkt een groeiend aantal Nederlandse artsen in andere tropische en sub-tropische gewesten, waarvoor vroeger slechts geringe belangstelling bestond. Zo behoeft er m.i. geen vrees te bestaan voor de toekomst onze vereniging. Als kustbewoners zijn Nederlanders steeds bereid tot uitzwermen, ook naar de tropen. Aan de geneeskundigen onder hen de taak, de fakkel brandende te houden, en te zorgen dat onze vereniging geen verzameling van antiquiteiten wordt, maar door gestadige toevloed van jongeren levenskrachtig blijft.*¹⁰⁸

De contouren van het nieuwe beleid werden echter vooral zichtbaar in de rede *Klemmende vraagstukken voor de geneeskunde in de tropen*, waarmee P.J. Zuidema in 1958 werd benoemd tot buitengewoon hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Zuidema was twintig jaar werkzaam geweest als internist in het Bethesda Zendingsziekenhuis. Ook was hij lector geweest in de cardiologie te Djokjakarta, om daarna hoofd te worden van de onderafdeling Tropische Geneeskunde van het Instituut voor Tropische Hygiëne. Hij was ook als arts verbonden aan het Amsterdamse consultatiebureau voor tropische ziekten. Daar konden mensen terecht die uit de tropen naar Nederland kwamen of terugkeerden, en die een tropische ziekte onder de leden hadden of leken te hebben. Eerst waren de patiënten voornamelijk afkomstig uit Nederlands-Indië. Die groep werd gaandeweg verdrongen door toeristen en door mensen uit Suriname en de Antillen. Zuidema had een belangrijk aandeel in de scholing van tropenartsen door het geven van colleges voor de Nationale Tropencursus voor Artsen (NTA). Ook was hij redacteur van *Tropical and Geographical Medicine*. In oktober 1979 kreeg hij, samen met drie andere NVTG-leden, de Eijkman-medaille uitgereikt. In datzelfde jaar werd hij erelid van de NVTG.¹⁰⁹

Het verlies van Indonesië en het steeds verder inkrimpen van de contacten met dat land na de soevereiniteitsoverdracht had volgens Zuidema ‘ingrijpende gevolgen’ gehad

voor de studie van de tropische geneeskunde in Nederland. Het zwaartepunt had altijd gelegen in Zuidoost-Azië, maar dat kon nu niet meer. Er was sprake van een overgangsfase. Daarin werd om een heroriëntatie gevraagd en zou de blik, ondanks het bezit van Nieuw-Guinea, Suriname en de Antillen, steeds meer op Afrika worden gericht. Die heroriëntatie maakte duidelijk dat eigenlijk niet meer kon worden gesproken van één soort tropische geneeskunde. Daarvoor verschilden de plaatsen waar men nu kwam te werken te sterk van elkaar: in geografisch en klimatologisch opzicht, in bevolkingsdichtheid en infrastructuur, en in ontwikkelingsgraad. Zuidema noemde dus vrijwel alleen contextuele zaken als factoren die de tropische geneeskunde beïnvloedden. Maar toen hij over de taak van de artsen kwam te spreken, bleef het bij een opsomming van te bestrijden en te bestuderen ziekten die uit die factoren voortkwamen en waarvan de bestrijding door die factoren werd beïnvloed. Zoals bijvoorbeeld het gebrek aan (kwalitatief hoogstaande) voeding. Van het aanpakken van die factoren zelf was nog geen sprake.¹¹⁰

Het neemt niet weg dat hij er blijk van gaf oog te hebben voor de nadelige gevolgen van de tropische geneeskunde. Gevolgen die pas een decennium later volop naar voren zouden worden gebracht. En in de analyse daarvan klonk al wél de voorbode door van tijden waarin de nadruk zou komen te liggen op beïnvloeding van de omgevingsfactoren zelf. Maar ook daarbij repte hij niet van een specifiek medische taak in deze.

Op grote schaal en met veel succes werd en wordt de strijd tegen allerlei ziekten in de tropen gevoerd. Zowel de autochtone bevolking als de er verblijvende Europeanen plukken hiervan de vruchten. Maar mij dunkt, de Europeanen misschien wel het meest. [...] Voor de eigenlijke tropenbevolking heeft de medaille echter haar keerzijde. Want uitroeiing van malaria bijvoorbeeld betekent een snellere bevolkingstoename, waardoor de levensstandaard nog meer wordt gedrukt. Een ieder gevoelt, welke klemmende vraagstukken dit met zich meebrengt. Meer en meer dringt het tot deze volken door, hoe groot de contrasten in de wereld zijn. Verbetering van de welvaart, verhoging van het levenspeil van de bewoners van deze gebieden is de zedelijk-religieuze roeping voor het Westen, waaraan het om allerlei redenen gehoor zal moeten geven.¹¹¹

Oomen over de toekomst van de Nederlandse tropenarts

De rede van Zuidema had al duidelijk gemaakt dat de tijden van Huize Indië niet meer terug zouden komen. Bovendien begon eind jaren vijftig het vermoeden te rijzen dat ook Nieuw-Guinea niet tot in lengte van dagen tot het werkterrein zou blijven behoren; een vermoeden dat met de inlijving door Indonesië werd bewaarheid. Hiermee begon de discussie over de aard van de tropische geneeskunde in de postkoloniale tijd. **Een grote rol in die discussie speelde de rede van H.A.P.C. Oomen (1902-1986), 'De toekomst van de Nederlandse tropenarts', gehouden op de NVTG-ledenvergadering van 20 december 1958.**

Oomen studeerde biologie in Utrecht van 1919 tot 1924. In 1926 promoveerde hij daar ook in, maar hij gaf tegelijkertijd aan geneeskunde te willen gaan studeren. Van de tegenwerping van zijn ontstelde promotor dat dat toch nauwelijks een wetenschap kon worden genoemd, trok hij zich niets aan. Als medisch student raakte hij daarop betrokken bij de Amsterdamsche Rooms-Katholieke Studenten Missie-Actie.¹¹² De katholieke Oomen wilde, aldus Zuidema, 'zich evenals Schweitzer inzetten voor de misdeelde bevolking van

de tropen'. Hij bleef echter altijd een dualistisch gevoel bij het medische vak houden. Het was weliswaar 'weergaloos' als 'mogelijkheid om aan hulpbehoevende medemensen diensten te bewijzen', maar het was ook besmet 'omdat de mensheid en zijn dokters zo bezorgd zijn om het eigen ik en de gezondheid zo duur laten betalen'. En dat betekende een beperking van het vermogen de geneugten van de geneeskunde aan iedereen ten goede te kunnen laten komen, zeker aan de arme bevolking van de ontwikkelingslanden.

Oomen vertrok naar Nederlands-Indië en bracht daar de oorlog door in een van de Japanse kampen. Daar werd zijn belangstelling voor voeding gewekt, het onderwerp dat hem na de oorlog het meest zou gaan bezighouden. Hierbij stelde hij zich de vraag waarom de een wel bepaalde symptomen ontwikkelde en een ander niet. **Na de oorlog drong het tot hem door dat ook veel vooroorlogse ziektebeelden al met ondervoeding te maken moeten hebben gehad, en 'gezien het peil van de medische kennis in Nederlands-Indië' in die tijd vond hij het 'onbegrijpelijk dat chronisch voedselgebrek daar niet eerder als primaire of secundaire oorzaak van zulke veel voorkomende toestanden herkend was'.** Dat Oomen daarbij meer naar kwaliteit dan kwantiteit keek, komt naar voren in de door hem gebruikte term 'wanvoeding'.

Van 1959 tot 1980 was Oomen hoofdredacteur van *Tropical and Geographical Medicine*. In 1962 was hij een van de oprichters van Medicus Mundi en de eerste vice-voorzitter van die vereniging.¹¹³ Tekenend voor hem was dat die organisatie zich weliswaar baseerde op een christelijke grondslag, maar niet kerkelijk gebonden was. Zij wilde op geen enkele wijze worden beschouwd 'als een voortzetting of verlengstuk van een koloniale of een missionaire organisatie', zoals Jan Willemsen in zijn geschiedenis van Memisa en Medicus Mundi schreef.¹¹⁴ Ondertussen was hij op 4 juli 1960 aan de Universiteit van Amsterdam, vanwege het Koninklijk Instituut voor de Tropen, tot bijzonder hoogleraar in de voedingsleer in de tropen benoemd. Tevens werd hij directeur van de afdeling Tropische Hygiëne. In zijn lezing 'Armelijke voeding in tropische gebieden' legde hij er de nadruk op dat het hoofdprobleem in de wereldvoedselsituatie niet kwantitatief maar kwalitatief van aard was. Maar ook dat was een serieus probleem en het was uitermate pijnlijk 'ons onvermogen, laat het niet zijn onwil' te erkennen om daar iets aan te doen. Voor al zijn werk op het gebied van de tropische geneeskunde werd hij in 1976 benoemd tot erelid van de NVTG.¹¹⁵ In de rede die hij toen hield kwam zijn kritische instelling goed naar voren, in woorden die in de NVTG voor het tijdperk van oorlog en dekolonisatie ongehoord en onbegrepen zouden zijn geweest.

*Gezondheid kent geen grenzen. Gezondheid is nog steeds onrechtvaardig verdeeld. Gezondheid is een veile deerne. Ons land heeft nog steeds een traditie op te houden op het gebied van kennis en van zorg omtrent gezondheid in de tropen. Laat deze niet verdrinken in de hart- en vaatziekten en in de neurosen van de consumptiemaatschappij!*¹¹⁶

Evenals Zuidema sprak Oomen in zijn rede van december 1958 over de veranderde positie en de toekomst van de Nederlandse tropenarts na het verlies van Indonesië. Er waren voor hem drie redenen om dat te doen. Ten eerste had hij te veel voortreffelijk geschikte artsen onder de druk van de omstandigheden hun werk voortijdig zien verlaten, tot frustratie van henzelf en van betrokkenen. Ten tweede was het de vraag of de veelal curatief ingestelde opleiding van de tropenarts nog wel aansloot op de nieuwe eisen die aan hem werden gesteld. Dit gezien de grote aandacht voor sociaal-hygiënische vraagstukken van de kant

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

van de World Health Organisation (WHO) en diverse instanties van de uit de puinhopen van de Tweede Wereldoorlog opgekomen Verenigde Naties. En ten derde vroeg hij zich af hoe onder de huidige omstandigheden een nieuw kader kon worden gevormd.¹¹⁷

Hij begon met de opmerking dat het begrip 'tropische ziekte' in feite niet eens bestond. Een probleem dat ook aan het falen van de pogingen er een erkend specialisme van te maken ten grondslag had gelegen.

*Iedereen, die ooit gepoogd heeft het [...] nauwgezet te begrenzen, is zich daar wel van bewust. Het is niet de hogere temperatuur, die op zichzelf aansprakelijk is voor een bepaald ziektepatroon. Het zijn de omstandigheden, die ons zulke problemen als voedingsziekten, pest, malaria, hebben opgedrongen en die aan tuberculose, lepra, dysenterie een afzonderlijk tropisch cachet geven.*¹¹⁸

En dus, als er geen echte trópische ziekten bestonden, moesten artsen in de tropen proberen de gezondheid te gaan bevorderen in de zin zoals de WHO die term in 1946 had omschreven: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being. Not merely the absence of disease.'

*Hun opdracht is een van de fundamentele rechten van de mens, een recht, dat wij zelf bijzonder hoog op prijs stellen, deelachtig te doen worden aan de ten achtergeblevenen. [...] Zonder een ethische achtergrond hebben zij [...] geen aanvaardbaar motief om zich in andermans zaken te mengen. Zonder het element van sociale rechtvaardigheid, van verantwoordelijkheid voor minder bedeelden, van vrijwillig afstaan uit overvloed, heeft het geen zin voor een Nederlander om tropenarts te willen zijn.*¹¹⁹

Hij ging in zijn verantwoording dus een stap verder dan Zuidema ruim een maand eerder had gedaan. Evenals de lezing van Winckel bij het vijftigjarig bestaan kan Zuidema's lezing dan ook worden gezien als een opmaat voor die van Oomen. Oomen beschouwde het wel als een onderdeel van het praktische, medische werk om te proberen de sociaal-economische omstandigheden te beïnvloeden en veranderen. De tropenarts had een centralere rol in de samenleving dan zijn Nederlandse collega. Dat bracht mee dat hij ook een grotere verantwoordelijkheid naar die gemeenschap had. Hij kon zich ook niet meer beperken tot curatieve zorg; bovendien kon en mocht in zijn werk niet meer uitgaan van de maatstaven die hij in zijn eigen land had meegekregen.

*Hij mag [kortom] niet iemand zijn, die zich beveiligd weet onder een 'koloniale paraplu', niet uitsluitend een arts die zich bemoeit met de gezondheidsbelangen van een gesloten, bevoorrechte gemeenschap, zoals de tropische eilandjes van welstand, ontstaan uit de belangen van gebieden met een hoge levensstandaard; niet alleen een arts die technische vaardigheden, zoals chirurgie of radiologie, in zijn mars heeft, of een eenzijdige bestrijder van bepaalde infectieziekten. De blijvende waarde van de van elders afkomstige tropenarts is afhankelijk van zijn vermogen om de gehandicapte samenleving, die hij als arts dient, in sommige opzichten vooruit te helpen.*¹²⁰



Spotprent van H.A.P.C. Oomen (Fotocollectie Tropenmuseum)

Hij zou weliswaar weinig aan armoede op zich kunnen doen, maar hij kon er wel voor proberen te zorgen dat binnen de gegeven armoede de gezondheidsomstandigheden zo optimaal mogelijk zouden zijn, waarbij hij te allen tijde zou moeten samenwerken met de plaatselijke gezondheidswerkers. 'Bovenal zal hij er zich bewust van moeten zijn, dat hij een vreemde samenleving dient; dat vele aspecten van de Nederlandse geneeskunde niet voor export geschikt zijn, en dat zijn functie slechts van voorlopige aard is.'¹²¹

Verder zou wetenschappelijk werk secundair moeten zijn. Hoe nuttig ook 'en ook hoe heilzaam voor hem zelf', het was zijn primaire taak om 'de vruchten van een zeer ver ontwikkelde wetenschap ten goede te laten komen aan het tweederde deel der mensheid, dat daarvan tot nog toe verstoken bleef'. Het kwam erop neer dat het verlies van de koloniën niet het einde van de Nederlandse tropenarts betekende, maar het betekende wel dat die een nieuwe taak wachtte, een 'nieuwe variëteit op "the

white man's burden"'. In deze taak, die meer geestelijk dan praktisch-medisch van inhoud was, lag 'voor Nederlandse medici de voortzetting van de taak, die zij ruim honderd jaar geleden' waren begonnen. Misschien kwam die nieuwe tropenarts op sommigen over als 'een ietwat verwaterde medicus' die meer een 'katalysator van gezondheid en welzijn' was dan 'een "echte dokter"', maar dat kon worden weerlegd met de opmerking dat het wellicht wijs is om bij een spoorwegovergang een EHBO-post in te richten, maar dat het nog veel wijzer is om slagbomen neer te zetten.¹²²

Deze ideeën waren, zo zei Oomen in alle bescheidenheid, niet nieuw, maar wel waren zij nog onvoldoende gemeengoed. **Behalve dat er niet genoeg op werd gewezen dat de Nederlandse arts wel degelijk nog steeds een taak had in de tropen, werd de wens die nog steeds velen koesterden om daar werkzaam te zijn, vaak in de kiem gesmoord.** De solide basis – werkkring, goed salaris, pensioenvoorziening enzovoort – die de kolonie had gegeven, was immers eveneens verdwenen. Oomen vond het opmerkelijk 'dat enerzijds theoretici – men kan bijvoorbeeld prins Bernhard, minister Klompé en professor Munten-dam noemen – zo levendig opwekken tot het aanvullen van een pijnlijk hiaat, terwijl aan de andere kant de practici zich stil houden. Dat is enigszins te verklaren, omdat de meeste oud-tropenartsen terneergeslagen zijn door de fnuiking van onze goede bedoelingen in Indonesië.'¹²³ Het was dus zaak de omstandigheden waaronder de arts naar de tropen kon afreizen te verbeteren, voordat hij kon gaan werken aan verbetering van de omstandigheden van de plaatselijke bevolking.¹²⁴

In concreto betekende dit dat ten eerste de rekrutering moest verbeteren. Zodat iedereen de weg kon vinden naar de instanties die hem aan een betrekking in de tropen konden helpen, en openstaande posten zo snel mogelijk bekendgemaakt en bezet zouden worden. Nu werkten de diverse medisch-tropische instanties nog te veel langs elkaar heen, mede door de verzuiling. Ten tweede moest worden geprobeerd de korte periode – vaak hooguit drie jaar – die veel artsen in het postkoloniale tijdperk nog maar in de tropen werkzaam waren, uit te breiden. Het kwam er vaak op neer dat zij juist wanneer ze voldoende waren ingewerkt om resultaten te boeken, weer naar Nederland vertrokken. Ook dat betekende dat de sociaal-economische voorwaarden drastisch moesten verbeteren. En ten derde moesten er meer mogelijkheden komen om bij thuiskomst weer aan de slag te gaan. Niets was zo frustrerend voor het doen van een stap in het diepe als de wetenschap dat daarna onzekerheid en werkloosheid op de loer lagen. Hier voegde Oomen overigens wel aan toe dat dit alles niet betekende dat een bepaalde wens niet ook een bepaalde prijs zou mogen hebben. Wilde men die niet betalen, dan kon men de wens beter niet koesteren.¹²⁵

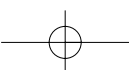
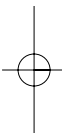
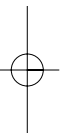
Op de bestuursvergadering van 12 februari 1959 ten huize van penningmeester H.M. de Monchy werd langdurig gediscussieerd over de voordracht van Oomen, die inmiddels aan de leden was toegezonden. Alle aanwezigen namen aan de discussie deel, die 'een zeer levendig karakter' droeg. Zeer zeker ook als gevolg van 'de invloed van de voortreffelijke Bourgogne van de gastheer' werd het een discussie met niet louter realistische voorstellen. Ietwat vreemd is de opmerking dat daarbij 'zelfs de naam van Z.K.H. Prins Bernhard wordt [...] gelanceerd,' want die naam was in de rede van Oomen ook al gevallen. Maar 'tenslotte worden desalniettemin tastbare resultaten bereikt'.¹²⁶

Een van die resultaten was om op de volgende ledenvergadering voor te stellen een studiegroep bijeen te roepen, waarvan natuurlijk Oomen zelf deel uit zou moeten maken, ook vanwege zijn contacten met de katholieke missie. Dit betekent dat er ook een vertegenwoordiger van de medische zending in zat. Voorzitter werd Jan Willem Wolff, schrijver van de in 1923 bij het Koloniaal Instituut verschenen *Indrukken van een geneeskundige studiereis naar Demerara en Trinidad* en in de tijd van de politieke acties hoofd van de Dienst Volksgezondheid. De eerdergenoemde militair-geneeskundige Wilkens zou aan de hand van Oomens voordracht proberen 'een opdracht of richtsnoer' voor de commissie op te stellen. Instanties die zouden moeten worden benaderd waren de ambtenaren van Sociale Zaken (buitenlandse betrekkingen) en Buitenlandse Zaken (Internationale Technische Hulp, ITH) en het Afrika Instituut in Rotterdam. 'Mogelijk ook vertegenwoordigers van onafhankelijke, of semi-onafhankelijke gebieden.' Het moest leiden tot een permanent bureau. En als zodoende voldoende gegevens waren verkregen, kon wellicht inderdaad 'de hulp van Prins Bernhard worden geroepen'.¹²⁷

Uiteindelijk zou worden besloten om, met medewerking van het Koninklijk Instituut voor de Tropen, de hulp van de prins in te roepen bij de pogingen jonge artsen te bereiken. Voorafgaand daaraan moesten echter wel eerst alle verzoeken goed worden bestudeerd. Het kwam namelijk wel eens voor dat niemand bereid was om erheen te gaan, zeker als die verzoeken uit Ethiopië of Soedan afkomstig waren.¹²⁸ Op 22 februari 1959 werd de opdracht aan de Commissie De Nederlandse Tropenarts aangenomen.¹²⁹ Dit zou al snel leiden tot de oprichting van de Commissie Werkring Tropen, die een einde zou maken aan het sinds 1940 enigszins ontheemde gevoel van de Nederlandse tropenarts.

Deel III

Hotel De Wereld (1960-2007)



1 Van Commissie Werkkring Tropen tot Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden

Het ontstaan van de Commissie Werkkring Tropen

De NVTG stelde in haar opdracht aan de commissie De Nederlandse Tropenarts dat zij 'een activiteit op het gebied van de materiële zorg voor de medicus in de tropen'¹ van groot belang vond omdat:

- a) de Nederlandse deelneming in medisch en sociaal-hygiënisch werk ten behoeve van tropische en subtropische ontwikkelingsgebieden gevaar loopt;*
- b) er onder jonge Nederlandse artsen nog steeds bij velen het verlangen bestaat om zich een werkkring in de tropen te zoeken;*
- c) in vele tropische gebieden, zowel bij de openbare gezondheidszorg als bij particuliere instellingen, nog altijd grote behoefte bestaat aan goed opgeleide enthousiaste Westerse artsen;*
- d) in de huidige tijdsomstandigheden de tewerkstelling van Nederlandse medici en paramedisch personeel buiten de landsgrenzen in het algemeen, en speciaal in achtergebleven gebieden, op bijzondere moeilijkheden stuit.²*

De Commissie De Nederlandse Tropenarts zou al snel worden omgedoopt tot Commissie Werkkring (in de) Tropen (CWT). Het doel was het ondersteunen van de taak van Nederlandse artsen 'in de beoefening van de geneeskunde in de tropen'. Dat doel wilde de CWT bereiken door het creëren van nieuwe arbeidsplaatsen in de tropen voor Nederlandse tropenartsen. Die immers 'door de soevereiniteits-overdracht aan Indonesië en de ontwikkelingen in het toenmalige Nederlandse Nieuw-Guinea grotendeels hun werkkring hadden verloren of dreigden te verliezen'.³ Daarvoor moest natuurlijk veelvuldig met de Nederlandse overheid worden overlegd, wat niet altijd een onverdeeld genoegen was. In zijn terugblik op de CWT schreef NVTG-secretaris H. Ottens: 'Wie vaker met overheidsinstanties te maken heeft gehad, kan zich de vele frustraties van de commissie bij haar contacten met het onverzettelijke, altijd formeel goed handelende en dus gelijkhebbende overheidsapparaat wel voorstellen.'⁴

De commissie diende op de bestuursvergadering van december 1959 een eerste rapport in over diverse aspecten van het leven van tropenartsen, zoals bezoldiging en sociale voorzieningen. Het was gebaseerd op een enquête onder Nederlandse artsen, maar bevatte alleen 'de belangrijkste' gegevens. Ook de gegevens over Nieuw-Guinea en Indonesië waren er 'voorlopig uitgehouden'. Van de vierhonderd geadresseerden retourneerden er bijna 150 het formulier. Daarvan waren er een kleine vijftig niet werkzaam in een van de (ex-)koloniale landen. Vaak bleek hun artsdiploma niet erkend te worden. Omdat zij echter geen privé-praktijk voerden, maar in dienst waren van gouvernement, missie, zending of een particuliere organisatie, leverde dat in de praktijk zelden of nooit moeilijkheden op.⁵

De commissie concludeerde dat 'de aanstaande tropenarts na het artsexamen zich gedurende tenminste een jaar verder in de chirurgie en verloskunde moest hebben bekwaamd en een tropencursus gevolgd moest hebben'. Ze wilde een orgaan in het leven roepen dat de vacatures in de tropen registreerde. Daarin zouden gegadigden voor een bepaalde functie genoteerd kunnen worden en een adreslijst bijgehouden van artsen die graag naar de tropen wilden gaan. Op de ledenvergadering van 28 februari 1960 werd het rapport aangenomen en de CWT zelf aangewezen als dat orgaan.⁶ Op de voorafgaande bestuursvergadering van 12 februari was het rapport al de hemel in geprezen. Wat vooral mee- en opviel was dat er in Afrika nog zoveel Nederlandse artsen werkzaam waren, die meestal werkten bij internationale firma's op het gebied van suiker, thee of olie. Bovendien kwamen er nog steeds formulieren binnen 'welke soms van groot belang zijn'.

Het bestuur stelt voor dit rapport in grote dank aan de commissie te aanvaarden en de aanbevelingen over te nemen. De Commissie zou dan onder dezelfde naam blijven bestaan en zou de in de aanbevelingen omschreven werkzaamheden op zich nemen. Het bestuur zal daarom de [leden]vergadering verzoeken om een machtiging om eventueel nadere instructies aan de commissie, in verband met haar veranderde, permanente status, op te stellen.⁷

Ieder NVTG-lid kreeg een exemplaar van het rapport toegestuurd met een begeleidend schrijven met preadvies van het bestuur. Na bespreking in de ledenvergadering zou het ook aan alle artsen die een formulier hadden ingestuurd en aan alle adviseurs worden toegezonden. Daarna zou nog voor de nodige publiciteit moeten worden gezorgd in samenwerking met de commissie zelf. Tevens werd voorgesteld het rapport ook te sturen aan alle officiële Nederlandse vertegenwoordigingen in Afrika. Het was verder gewenst dat de commissie, evenals de nog op te richten Medische Advies Commissie, 'ook in de verdere ontwikkeling organen van onze vereniging' zou blijven.⁸ De band tussen beide commissies was groot. Zij zouden uit dezelfde mensen gaan bestaan 'met één beheer en één secretariaat'.⁹

Begin 1967 zou de CWT nog overgaan tot het oprichten van het zogenaamde Bemiddelingsbureau Werkkring Commissie Tropen, later Bureau Werkkring Tropen (BWT) geheten.¹⁰ Het moest voorlichting gaan geven aan artsen die belangstelling hadden voor werk in de ontwikkelingslanden.¹¹

De statutenwijziging van 1965

Na enkele jaren zou echter het bestaansrecht van de CWT ter discussie worden gesteld, simpelweg omdat haar bestaan en haar werk in tegenspraak met de statuten van de NVTG werden geacht. Daarin was als doel namelijk alleen sprake van 'de bevordering van de studie van de tropische geneeskunde en aanverwante wetenschappen'. Over simpele belangenbehartiging van de tropenarts werd met geen woord gerept en dus hoorde dat ook niet tot de taken van de vereniging. Die constatering leidde echter niet tot opheffing van de CWT maar tot aanpassing van de statuten. Het kwam daarbij goed uit dat in 1965 de vereniging opnieuw voor een periode van 29 jaar moest worden aangegaan. Al in 1962 was geopperd dat de hernieuwing van de koninklijke goedkeuring een mooie gelegenheid zou zijn om eens naar de statuten te kijken. Het protest tegen de CWT was dan ook eerder

aanleiding dan oorzaak van de statutenwijziging.¹²

O. Kranendonk, op dat moment ondervoorzitter van de NVTG, onderdirecteur van de afdeling Tropische Hygiëne van het Tropeninstituut en lid van de CWT, vond dat artikel 2 van de statuten over de doelstelling moest worden veranderd. Hij wilde dat erin zou komen te staan dat de vereniging het ook als haar doelstelling zag steun te verlenen 'ten bate van de zorg, het onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de geneeskunde in de tropen'. Dit zou een volledig andere opzet van de NVTG betekenen.

Voorzitter Bonebakker betoogde dan ook 'met klem' dat de club primair gezien moest blijven worden 'als een wetenschappelijke vereniging' en 'niet als een belangenvereniging'. Hoe belangrijk het werk van de CWT ook was, de hoofdmoot van de vereniging bleef de wetenschap.¹³ Maar dat nam niet weg dat het werk van de CWT ook in de statuten een plaats zou moeten krijgen, waardoor het een juridisch acceptabele basis zou verkrijgen. Dus moest ieder bestuurslid zijn gedachten maar eens laten gaan over een nieuwe formulering; maar wel een waarin de oude zoveel mogelijk behouden zou blijven. Het leidde tot het voorstel om artikel 2 uit te breiden met 'de uitoefening van de geneeskunst in de tropen'. Een voorstel dat ook werd aangenomen.¹⁴

De verandering van de zinsnede 'de bevordering van de studie der tropische geneeskunde en aanverwante wetenschappen' in 'de bevordering van de studie en de uitoefening der tropische geneeskunde en aanverwante vakken', is rechtstreeks op de dekolonisatie terug te voeren, zoals dat ook met de oprichting van de CWT het geval was. Door de dekolonisatie waren veel artsen over de wereld uitgevlogen; daardoor was het contact tussen en met hen moeilijker geworden. Daardoor was de CWT noodzakelijk geworden, daardoor was de statutenverandering noodzakelijk geworden, en daardoor was ook het blad *Medicus Tropicus* opgericht.¹⁵

Het blad *Medicus Tropicus*

Eind 1963 verscheen het eerste nummer van *Medicus Tropicus*, 'van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde onder redactie van de Commissie Werkring Tropen'. Het begon als mededelingenblad van de CWT, maar zou na verloop van tijd uitgroeien tot het orgaan van de gehele NVTG. Het zou, zo was de verwachting, zeker leiden tot 'een verkrijgen van contact met collegae in de tropen'.¹⁶ Dat bleek inderdaad het geval, maar daar bleef het niet bij. Omdat *Medicus Tropicus* niet alleen aan de leden van de NVTG werd opgestuurd, maar ook aan alle Nederlandse artsen werkzaam in een tropisch land voor zover bij de vereniging bekend, leverde het de vereniging vele nieuwe leden op.¹⁷

Net als de oprichting van de CWT is ook *Medicus Tropicus* direct op de redevoering van Oomen terug te voeren. In het 'Ten Geleide' van het eerste nummer staan dan ook enkele opmerkingen die sterk aan de rede van Oomen doen denken, zoals het verschil in taak tijdens de koloniale en de postkoloniale tijd. Wel stond het ten geleide geheel in het teken van de belangen van de Nederlandse arts. Geen woord over de min of meer sociaal-geneeskundige taak die de arts in de tropen zou, of beter: moest wachten. Het was, althans in de eerste tien jaar, 'een contactorgaan [...] met berichten uit Nederland en uit de tropen, voor zover deze voor de tropenarts van belang' waren. *Medicus Tropicus* wilde met andere woorden 'slechts de band tussen Nederland en de tropen onderhouden'.¹⁸

Een enquête waarop 250 leden hadden gereageerd, leverde de conclusie op dat het blad aan zijn doelstellingen beantwoordde.¹⁹ Het voorzag, zo werd in 1966 geconstateerd, 'voor-

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

treffelijk [...] in de behoefte tot nieuwsgaring over de vereniging en de beoefenaars der tropische geneeskunde'. Het resultaat was dat het in plaats van drie-, tweemaandelijks zou gaan verschijnen.²⁰ Ook die enquête zelf leverde overigens weer wat aanmeldingen voor de vereniging op,²¹ maar het positieve effect was toch wat kleiner dan wellicht het geval had kunnen zijn. Want, al had bestuurslid Haneveld al wel in het blad over bepaalde aspecten en voorlopige uitkomsten van de enquête gepubliceerd, de definitieve uitslag is nooit bekend geworden. Haneveld zou de uitgewerkte tekst afleveren bij medebestuurslid Kranendonk. Die was echter niet thuis, waarna hij de papieren maar bij de achterdeur neerlegde. Daar werden ze gevonden door een familielid van Kranendonk, die het wel een aardig bundeltje vond om de haard mee aan te steken.²²

Medicus Tropicus was dus evenals het BWT een kind van de CWT en evenals het BWT zou het blad zijn moeder overleven. En dat was niet de enige overeenkomst. De leiding van het bureau was in die tijd in handen van J.D. Vervoorn die het stokje aan H.R. Folmer zou overgeven, dezelfde opeenvolging die ook de hoofdredactie van *Medicus Tropicus* zou kennen.²³ Maar daarover later.

2 Groeiende belangstelling voor medische ontwikkelingshulp

De NVTG en de geest van de jaren zestig

De ontwikkelingshulp, en daarmee ook de tropengeneeskunde, dreigde in de jaren zestig aan zijn eigen succes ten onder te gaan. Ontwikkelingshulp was 'in'. We waren op de wereld om elkaar te helpen niet waar, en waar kon dat beter dan in de arme landen van Afrika of Azië? Het was de tijd van Vietnam, een oorlog die het Medisch Comité Nederland-Vietnam opleverde, en Biafra, een oorlog die zou resulteren in de organisatie Médecins sans Frontières. Het leidde ertoe dat vooral bij medische studenten veel belangstelling ontstond voor medische ontwikkelingshulp.²⁴ Die wilden zich echter niet tot 'pleisters plakken' beperken. Artsen zonder Grenzen wilde de aloude medische neutraliteit ruimer gaan interpreteren, zodat het aanklagen van mensenrechtenschendingen niet automatisch een breuk met die neutraliteit zou inhouden. Het Medisch Comité Nederland-Vietnam wilde de 'houding en verantwoordelijkheid van de academicus – wat dat dan ook moge zijn – en in het bijzonder de arts met betrekking tot de oorlog' aan de kaak stellen. Zo stelde een van de leden de vraag:

*Hoe kunnen artsen, bacteriologen etc. in 's hemelsnaam de essentie van 'hun' Hippocratische eed rijmen met hun werk bij TNO [de Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, die met regelmaat defensieorders had, LvB] en soortgelijke organisaties? Waarom werkt 10% van alle fysici in de wapenindustrie?*²⁵

Dit gebeurde tijdens een bijeenkomst aan de medische faculteit van de VU, en dat was tekenend voor de toenemende belangstelling ook in de academische wereld.

Die hausse van aandacht voor tropische geneeskunde aan de Nederlandse universiteiten omstreeks 1970 was voornamelijk het gevolg van externe factoren, maar ook de NVTG zelf had er de nodige bemoeienis mee gehad. De organisatie schreef een brief aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen, antirevolutionair I.A. Diepenhorst, naar aanleiding van een bericht in *Medisch Contact* over een vergadering van de World Medical Association in Londen 1965. Daarin werd met zorg gewezen op de toename van tropische ziekten in West-Europa door het toegenomen wereldverkeer en het gebrek aan kennis hierover bij Westerse artsen. Alle universiteiten, de KNMG en de geneeskundig hoofdinspecteur van Volksgezondheid kregen een afschrift van de brief. Teneur ervan was: er moest snel iets aan de opleiding worden gedaan. Het antwoord was positief. Diepenhorst liet weten dat zou worden geprobeerd de plek van de tropische geneeskunde aan de Nederlandse universiteiten te versterken, al sprak hij daarbij wel alleen over het klinische aspect.²⁶

Deze groeiende belangstelling was natuurlijk mooi, maar nadeel was wel dat daardoor ook mensen werden aangetrokken, die door hun onwetendheid meer kwaad dan goed deden. 'Talrijk', zo schreef *Medicus Tropicus* in mei 1965, 'zijn de lieden die zich geroepen

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

voelen “blitz” reizen door de achtergestelde gebieden te maken’. Het is een constatering die de hedendaagse discussie over ‘medisch toerisme’ in een aardig historisch perspectief zet. En ook die term werd blijkaar al in de jaren tachtig gebezigd.²⁷

De Directie Technische Hulp [bedoeld is Directoraat Internationale Technische Hulp, LvB] te Den Haag heeft gelukkig vanaf den beginne ingezien, dat voor een vruchtbare ontwikkelingshulp, vaklieden nodig zijn, die op een dusdanig niveau gaan werken dat zij in kontakt kunnen treden met dat deel van de bevolking dat ook werkelijk hulp nodig heeft.²⁸

De steeds grotere populariteit van de (medische) ontwikkelingshulp zorgde voor nog meer groei van het aantal NVTG-leden. Maar het was wel een ander soort leden dan vroeger. De arts die werk en privé als onscheidbaar zag, maakte plaats voor de arts die ook tijd voor zichzelf wilde, los van zijn baan. Gevolg was het oprakelen van een oude discussie binnen de NVTG over de vraag of er ook op andere dagen dan de zondag moest worden vergaderd. Achterliggend argument was toen dat vergaderen op zondag sommige protestantse artsen af zou houden van lidmaatschap. Besloten was dan ook om op zaterdag te gaan vergaderen, maar eind jaren zestig raakte ook die dag in het ongereide. Het argument was deze keer echter niet religieus, maar sociaal-economisch van aard. Ook de zaterdag was een vrije dag geworden. Het weekend – het héle weekend – werd door steeds meer leden gezien als een tweetal dagen dat bestemd was voor hobby en gezin. De opkomst op de ledenvergaderingen was dan ook laag: gewoonlijk nog geen vijftig op meer dan zeshonderd leden. Dit waren dan vaak ook nog eens de oudere, niet meer in de tropen actieve leden. Men besloot nu en dan de ledenvergadering ook op vrijdag- of donderdagavond te houden. Hoewel de eerste avondvergadering getalsmatig niet tegenviel, bleek dit echter op zoveel bezwaren te stuiten dat meteen weer naar de zaterdag werd teruggeschakeld. Echter wel alleen in de ochtend, gevolgd door een facultatieve lunch.²⁹

Een veranderd curriculum

De NVTG werd in de jaren zestig versterkt door een grote groep voornamelijk jonge artsen die voorheen in Nieuw-Guinea had gewerkt. Hen ging het niet meer primair om het beoefenen van het medisch métier zelf, ‘maar om vragen rond de zin van onze activiteiten in de ontwikkelingslanden’.³⁰ Het waren artsen die meer dan de vroegere tropenartsen open stonden voor preventieve maatregelen en die ervaren hadden dat de grote nadruk op parasitologische informatie in de tropencursus in de praktijk niet erg zinvol was gebleken. Het zou beter zijn meer aandacht te besteden aan preventie en kindergeneeskunde, de zaken die hun werk in Nieuw-Guinea hadden gekenmerkt – werk dat daarom ook wel eens als *primary health care* avant-la-lettre is gekenschetst.³¹ Deze artsen leverden kritiek op het curriculum, waarop een verandering niet lang op zich laten wachten.

Tot 1965 bestond de tropencursus uit twee sessies per jaar, het ene jaar te Amsterdam, het andere te Leiden. Die opzet werd vervangen door de Nationale Tropencursus voor Artsen (NTA). De cursusduur was twee maanden en de docenten waren afkomstig uit het gehele land en niet meer alleen van de beide instituten. Bovendien konden het ook vrij gevestigde artsen met tropenervaring zijn. Behalve voor kindergeneeskunde werd meer ruimte vrijgemaakt voor management en *public health*. Een minder klinische gerichtheid

dus en meer aandacht voor de voorwaarden tot gezondheid, al zal 'management' heden ten dage door velen eerder als een ziekmakende factor worden beschouwd.³² Maar met die twee maanden was het natuurlijk niet gedaan. Daarnaast moesten de artsen nog één tot twee jaar stages chirurgie en verloskunde volgen. Toch weer nadruk dus op klinische zorg. En bovendien een opleidingsduur die nauwelijks korter was dan de uitzending, die sinds de koloniale tijd behoorlijk was ingekort; tot meestal een jaar of drie.

Kritiek bleef er dan ook, en niet alleen op de praktische invulling van de opleiding. Kon men artsen die deze cursus hadden gevolgd wel 'tropenartsen' noemen, zelfs al voordat ze ook maar één voet aan de grond in de tropen hadden gezet? Was het medisch-ethisch wel verantwoord dat deze 'tropenartsen', waarvan er in de periode 1965-1995 honderden per jaar werden uitgezonden, in Afrika bevoegdheden kregen die ze in eigen land niet hadden? Getuigde dat niet van minachting tegenover de Afrikanen en van een nog niet voorbijge, koloniaal te noemen houding van superioriteit?³³

Medisch Centrum Nairobi

Het medisch gezien meest prestigieuze project waar de NVTG in die tijd bij was betrokken was het Medisch Centrum Nairobi. Oomen en Kranendonk waren daarvan de voornaamste drijvende krachten. Begin 1964 verstrekten het ministerie van Buitenlandse Zaken een subsidie van 1 miljoen gulden voor het starten van een instituut in de tropen zelf. Het was bedoeld als een puur Nederlands instituut met zes arbeidsplaatsen: een directeur en vijf specialisten.³⁴ Aanleiding waren de eerste aanzetten tot een meer algemene gezondheidszorg in plaats van op ziekten gerichte hulp. De strategische gedachte erachter was het inzicht dat een vaste medische stek in een tropisch land, een stek die met de dekolonisatie verloren was gegaan, van vitaal belang was voor de ontwikkeling van de tropische geneeskunde in een Westers, industrieel land.³⁵

Na een pleidooi van Oomen voor toegepast wetenschappelijk onderzoek in de tropen zelf, was in 1963 een delegatie naar Afrika vertrokken om te zoeken naar een geschikte plaats voor een medisch centrum. De delegatie werd ondersteund door de WHO en de ministeries van Buitenlandse Zaken, Sociale Zaken en Volksgezondheid. Vanwege reeds aanwezige faciliteiten viel de keus op Nairobi, Kenia. In juni 1966 werd het Medisch Centrum Nairobi geopend door president Mzee Jomo Kenyatta.³⁶ Het centrum was verbonden aan de afdeling Tropische Hygiëne van het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT), waar Oomen toen nog hoogleraar was. In nauwe samenwerking met het Medisch Centrum Nairobi aanvaardde het KIT begin 1967 ook de opdracht om binnen vijf jaar de afdeling Tropische Hygiëne uit te breiden met een Studiecentrum voor Internationale Gezondheidszorg.³⁷

Het Medisch Centrum Nairobi, dat in 1969 zou worden vereerd met een bezoek van prinses Beatrix en prins Claus, had afdelingen voor epidemiologie, parasitologie, virologie, voeding, tropische geneeskunde, pathologie en dermatologie. Het onderzoek werd op verzoek van de Keniaanse regering steeds meer geïntegreerd in het nationale gezondheidsbeleid, zoals op het gebied van voorlichting over geboorteregeling en algemene gezondheid. Geleidelijk werd het centrum onderdeel van het Kenya Medical Research Institute, om daar midden jaren tachtig geheel in op te gaan.³⁸ Het werd gefinancierd door de DITH, ook vaak afgekort als DTH, 'als een medisch project in het kader van de bilaterale technische hulp aan Kenya'.³⁹ In opzet was het een 'nagenoeg geheel medisch project' en dus moest, zo stond in de eerste plannen te lezen, 'de plaatselijke projectleider een medicus'

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg



Het Medisch Centrum Nairobi (Fotocollectie Tropenmuseum)

zijn.⁴⁰ Ondanks de opkomende aandacht voor algemenere gezondheidszorg was van een *public health approach* echter nog geen sprake. Dat blijkt ook uit de opening van een memorandum uit april 1964 van de Nationale Raad van Advies inzake Hulpverlening aan Minder Ontwikkelde Landen.

Een der belangrijkste taken bij de hulpverlening aan ontwikkelingslanden is de gezondheidszorg en de ontwikkeling van de geneeskunde in die landen. Vooral in Afrika, waar de medische verzorging veelal nog uiterst summier is, heeft men behoefte aan deskundigen, niet alleen op het gebied der ziektebehandeling maar ook voor wetenschappelijk onderzoek en medisch onderwijs.⁴¹

Uit het memorandum kwam tevens duidelijk het tweesnijdende zwaard van de medische ontwikkelingshulp naar voren. Het instituut was goed voor de tropen, maar het was ook goed voor Nederland. De tropen kenden hun eigen ziekten die een speciale deskundigheid

vereisten. Die deskundigheid was in Nederland aanwezig door het bezit van koloniën. Nu dat tijdperk in feite tot het verleden behoorde door het verlies van Indonesië en Nieuw-Guinea –ondanks de gebieden in ‘de West’ – dreigde die kennis verloren te gaan of verouderd te raken.⁴² Uit een enquête van het NVTG uit 1960 bleek namelijk dat er weinig mogelijkheden waren voor nieuwe vestiging van artsen in Suriname en de Nederlandse Antillen. Met de reeds daar ‘aanwezige Nederlandse artsen en de in grote getale in opleiding zijnde landskinderen’, was een ‘uitstekende geneeskundige verzorging der bevolking’ al gewaarborgd.⁴³

Het centrum in Nairobi was dus van groot belang. Zowel ‘voor de wetenschappelijke verkenning als voor de deskundige begeleiding van medische ontwikkelingsprojecten en de opleiding in de tropische hygiëne’ bleef voortdurend contact met de tropen immers onontbeerlijk. Een aantal Nederlandse artsen zou permanent aan het centrum verbonden zijn, ‘bijgestaan door plaatselijke assistenten’. Verder zouden om de zoveel tijd Nederlandse specialisten naar het centrum afreizen. Het was de bedoeling dat die ‘wisseling van deze specialisten’ ook de Nederlandse universiteiten in staat zou stellen ‘voordeel te trekken van een Nederlandse vestiging in de tropen’.⁴⁴

Oomen schreef dat de voornaamste functie van het centrum het doen van wetenschappelijk onderzoek was dat ‘in een tropeninstituut in Nederland niet mogelijk’ was. Ook dacht men, ‘geheel in de lijn van werken van het Koninklijk Instituut voor de Tropen, aan praktische hulp aan een onderontwikkeld land’. Wel had de Keniaanse regering, die ‘ons edel voornemen omtrent research met sympathie beziet’, daar de aantekening bij gemaakt van het wetenschappelijke onderzoek ‘direct voordeel’ te verwachten, ‘vooral voor de medische studie van Kenyanen’. Dat leek Oomen een ‘volkomen aanvaardbaar standpunt’.

Ondanks alle ondervonden meegaandheid, ben ik van mening, dat, als wij onverhoopt de laatste verwachtingen niet waar zouden maken en uitsluitend met ons hoofd in de niet voor ieder toegankelijke wolken van vakwetenschap blijven lopen, wij vroeg of laat onwelkom zullen zijn.⁴⁵

De taak van het centrum werd zodoende het verrichten van toegepast wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de Keniaanse volksgezondheid. Dit zou niet alleen Kenia ten goede komen, maar ook de medische ontwikkelingssamenwerking en de tropische geneeskunde en gezondheidszorg in Nederland. Er werden onderzoeken gestart in samenwerking met lokale vakgenoten en er werd deelgenomen aan het medisch onderwijs in Kenia. Dat laatste vooral bij de in 1967 opgerichte medische faculteit van de Universiteit van Nairobi. Tot 1977 had het centrum een voornamelijk Nederlandse bezetting, maar toen in 1977 de Oost-Afrikaanse Gemeenschap uiteenviel, waarin Kenia, Oeganda en Tanzania op vele gebieden met elkaar hadden samengewerkt, wilde Kenia overgaan tot ‘Kenianisering’ van allerlei buitenlandse instellingen. Overeengekomen werd dat uiterlijk 1 maart 1982 het centrum volledig in Keniaanse handen zou zijn.⁴⁶

Het was in datzelfde jaar dat Oomen, tijdens een rede voor de NVTG en de Stichting Het Eijkman Medaillefonds, nog eens op de Nederlandse tijd van het centrum terugkeek. Hij toonde zich bezorgd dat de kennis over tropische hygiëne in Nederland langzaam zou verdwijnen. Daarom wilde hij, zoals hij het uitdrukte, ‘een wetenschappelijk venster op de tropen open houden’, en dat venster was het centrum te Nairobi geweest. Het moest hem echter van het hart dat het centrum naar zijn indruk door de bank genomen ‘als object

van ontwikkelingssamenwerking' bar slecht door het ministerie van Buitenlandse Zaken was ondersteund. Retorisch vroeg hij zich af: 'Moeten het altijd handelsbelangen zijn waar het bij diplomatieke vestigingen overzee om draait?'⁴⁷

Werkkring Nederland

Het centrum was dus niet alleen goed voor Kenia, maar ook voor Nederland. Nu was dat ook geen overbodige luxe. Midden jaren zestig begon met de toename van het vliegverkeer en de 'import van buitenlandse arbeidskrachten' – van gastarbeiders, zoals ze toen nog werden genoemd – de kwestie van de 'importziekten' een voornaam plaats op de agenda in te nemen.⁴⁸ Er werd zoals gezegd een brief aan Diepenhorst over geschreven, waarin op het gevaar van de komst van 'tropische en andere exotische ziekten' naar Nederland werd gewezen. Een gevaar dat des te groter was omdat de gemiddelde Nederlandse arts veelal weinig kennis over deze ziekten had.⁴⁹ In verband hiermee werden Bonebakker en Zuidema verzocht om in samenwerking met de Geneeskundige Hoofdinspectie deze problematiek te beschrijven. Deze beschrijving werd in 1966 'aan alle practiserende medici in Nederland' toegestuurd, samen met een publicatie van de Britse hoogleraar Brian Maegraith over hetzelfde onderwerp. Het leidde tot een hoofdartikel in het veel gelezen en ruim verspreide blad *Medisch Contact*.⁵⁰ De brief aan de minister leidde tevens tot enkele universitaire initiatieven op dit gebied. Zo werd in Leiden een Boerhaave-cursus over importziekten gestart, met onder de sprekers talloze leden van de vereniging, en zwierven hoogleraren van de Universiteit van Amsterdam uit over het land om colleges over dit onderwerp te geven.⁵¹

Nadat 'tropische ziekten' als malaria in Nederland zelf waren uitgebannen, betekende deze hernieuwde kennismaking met het onderwerp binnen de eigen landsgrenzen een volgende stap in de globalisering van de NVTG. De dekolonisatie had eerst een remigratie van tropenartsen naar Nederland tot gevolg gehad die de rijen van de NVTG waren gaan versterken. Vervolgens moest er voor die artsen een nieuw werkterrein elders in de tropen worden gezocht. Gingen toen de Nederlandse artsen nog naar de (sub)tropische bevolking toe, nu werd het werkterrein groter als gevolg van de komst van de (sub)tropische bevolking naar Nederland.

Tropical and Geographical Medicine

Het ging door al deze ontwikkelingen helemaal niet slecht met de vereniging, zo rond het zestigjarig bestaan in 1967. Er was dan ook alle reden om dat twaalfde lustrum enig cachet te geven. Dat gebeurde met een boek dat een overzicht gaf van de vele wetenschappelijke verhandelingen die tijdens de vergaderingen in de loop van die zes decennia waren gegeven. Verder stonden 'de leden en hun dames' bij het heugelijke feit stil tijdens een 'uitgebreide nassi-goreng maaltijd' in het Scheveningse Kurhaus.⁵²

Maar het was niet allemaal even rooskleurig. Zo werd in 1966 geconstateerd dat het niet goed ging met *Tropical and Geographical Medicine*, de opvolger van de *Documenta*. Gezien de groei en bloei van de vereniging, wilde die de penibele financiële situatie van het blad – waarvan Oomen hoofdredacteur was – wel verlichten door het lidmaatschap van de vereniging te koppelen aan een abonnement. Ook werd voorgesteld het blad toegankelijker te maken voor een groter publiek en om een internist in de redactie op te nemen, wat

in een grotere aandacht voor klinische onderwerpen zou moeten uitmonden.⁵³

Het had succes. In het jaarverslag over 1967 kon worden gemeld dat *Tropical and Geographical Medicine* 'zich in een gestadig uitbreidende belangstelling' kon verheugen. Dit werd direct verklaard uit het collectieve abonnement dat de vereniging had genomen, en waaraan steeds meer leden deelnamen.⁵⁴ De hoerastemming zou echter weer snel voor ernstig gefrons plaats moeten maken. In 1974 moest wederom worden geconstateerd dat de situatie penibel was en dat ijverig moest worden gezocht 'naar een wijze om een compleet bankroet te voorkomen'. Dit lag zeker ook aan het aanbod van stukken. Niet dat daar kwantitatief iets mis mee was, integendeel. Maar het niveau was vaak zo laag dat dertig tot veertig procent van de bijdragen moest worden afgewezen.⁵⁵

Mede door de bezuinigingen die vanaf de jaren tachtig moesten worden doorgevoerd, zou *Tropical and Geographical Medicine* een zorgenkind blijven, ondanks een onbezoldigde redactie.⁵⁶ Het zou daarom in 1993 samengaan met *Acta Leidensia*, het blad van de Leidse instelling, en worden samengevoegd met *Medicus Tropicus*.⁵⁷ Het oorspronkelijke voorstel om van *Acta Leidensia*, *Tropical and Geographical Medicine*, *Medicus Tropicus* en het *Referatenblad* – een blad bezorgd door de nog te bespreken werkgroep Artsen Terug Naar de Tropen (ATNT) en haar diverse opvolgers met samenvattingen van wetenschappelijke stukken op medisch-tropisch terrein – tot één blad om te vormen, ging dus niet door. Het werden twee bladen in één: *Tropical and Geographical Medicine (incorporating Acta Leidensia)* en *Medicus Tropicus* tezamen met het *Referatenblad*. Het lidmaatschap van de NVTG werd gekoppeld aan beide bladen.⁵⁸ Maar ook deze constructie was geen lang leven beschoren. In 1996 zou *Tropical and Geographical Medicine* in een Europees blad worden voortgezet: *Tropical Medicine & International Health*, waarvan in 2001 het abonnement van het NVTG-lidmaatschap zou worden ontkoppeld.⁵⁹ In de naamgeving van dit nieuwe blad is al de inhoudelijke en beleidsmatige verandering van het medisch-tropisch métier in de vorige decennia af te lezen, en die ook de NVTG zou gaan kenmerken, zoals in de volgende hoofdstukken zal blijken.



MEDICUS TROPICUS

Roggen

De tropenarts. (Tekening L.G. Roggen)

3 Radicalisering van het medisch-tropisch gedachtegoed

De Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden

Ondanks alle succes in de beginjaren bleek de CWT geen lang leven beschoren. De CWT had geen officiële status bij de DITH van het ministerie van Buitenlandse Zaken, maar ontving wel klachten van artsen die in DITH-verband werkzaam waren. Die klachten werden aan het ministerie van Buitenlandse Zaken doorgegeven, maar men had de indruk ze meestal in de bureaula verdwenen. Zij drongen 'althans [...] niet door tot de hoogste regionen'. De commissie wilde meer inspraak zodat ze daadwerkelijk zou kunnen adviseren en bemiddelen. De NVTG moest daarover maar eens een gesprek aangaan met de minister van Ontwikkelingshulp ten tijde van het centrum-rechtse kabinet-De Jong: de CHU'er B.J. Udink. Hij was de man die in 1969 zou laten weten dat binnen zeven jaar de honger de wereld uit zou zijn.⁶⁰ Toegezegd werd dat er contact zou worden gezocht met zowel de secretaris-generaal van Buitenlandse Zaken als met de voorzitter van de KNMG.⁶¹

Maar al snel bleek dat men op het ministerie niet op de CWT zat te wachten. Geconstateerd werd dat de DITH de CWT nooit volledig had geaccepteerd. Zij scheen 'niet meer in het systeem te passen'. De vertegenwoordiger in het CWT van Buitenlandse Zaken werd ook teruggetrokken. Dit had alles te maken met een ingrijpende beleidsaanpassing waarbij de aandacht niet meer naar de gehele wereld uitging, maar voortgaan zou worden gericht op zeven landen: Indonesië, West-Tunesië, Nigeria, Kenia, Ecuador, Peru en Bolivia.⁶²

Bovendien vatte Udink in 1968 het idee op het allemaal heel anders te willen gaan doen. De uitzending door de DITH van suppletie-artsen – artsen die bovenop hun lokaal salaris in de tropen in Nederland een toelage, een 'suppletie', ontvingen – zou worden beëindigd. Dat zou tevens het contact van de DITH met de CWT beëindigen. Achterliggende vraag was of het plaatsen van artsen op operationele posten wel ontwikkelingswerk kon worden genoemd. Bovendien waren veel artsen ongelukkig met de onzekere rechtspositie en met het feit dat zij veel minder zouden verdienen dan hun collega's, omdat zij hun werk verrichtten in missie- of zendingsverband. De CWT was van mening dat het wel degelijk van groot belang was 'dat Nederlandse artsen operationele posten bleven bezetten'. En dat ze op 'een redelijk salaris en sociale zekerheden' konden rekenen.⁶³

De ministeriële plannen noopten dan ook tot onmiddellijke actie, omdat het volgens de NVTG de medische ontwikkelingshulp ernstig in gevaar zou brengen. Het uitzenden van artsen moest door blijven gaan, maar wel op een andere, particuliere wijze worden georganiseerd. Een gesprek met Udink leverde daartoe het groene licht op. De hulp kon worden georganiseerd via een neutrale stichting 'die tot doel zou moeten hebben het bevorderen van de uitzending [naar ontwikkelingslanden] van artsen en andere deskundigen op het gebied der volksgezondheid'. Dit door sociale voorzieningen te regelen en eventueel een aanvulling op het salaris te geven. Omdat op korte termijn de financiële hulp vanuit het ministerie weliswaar nog zou blijven doorlopen maar deze later zou worden gestaakt, was het zaak een dergelijke stichting zo spoedig mogelijk in het leven te roepen. Dat zou

kunnen gebeuren door de NVTG, via de CWT en de KNMG, eventueel met hulp van zendingsorganisaties. Met de KNMG waren de onderhandelingen al gestart en zij had reeds 15.000 gulden voor dit doel opzij gelegd.⁶⁴

Het leidde tot de oprichting van de Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden (SANO) door KNMG en NVTG gezamenlijk. Voorzitter was de secretaris-generaal van de KNMG, G. Dekker. De NVTG was vertegenwoordigd door Vervoorn, Zuidema en W. de Loos, voormalig secretaris van de vereniging en nog steeds bestuurslid. Tevens zaten afgevaardigden van de protestantse en de katholieke artsenverenigingen in het stichtingsbestuur. De voorname taak was het adviseren van de afdeling DITH, het latere Directoraat-Generaal Internationale Samenwerking (DGIS), 'over de besteding van de z.g. suppletiegelden welke door de minister in het vooruitzicht worden gesteld'. Zij stelde zich ten doel: 'Het bevorderen van de plaatsing van artsen, para-medisch personeel en andere deskundigen ten behoeve van de gezondheidszorg in de ontwikkelingslanden en de vraag naar het aanbod van dit personeel met elkaar in overeenstemming te brengen.' Zij trachtte dit doel onder meer te bereiken door:

- *Het bevorderen van de recrutering, selectie en uitzending van artsen en andere deskundigen op het gebied der volksgezondheid naar ontwikkelingslanden en het geven van advies bij het verkrijgen van een nieuwe werkring bij terugkeer in Nederland [...].*
- *Het streven naar een redelijke beloning van de [...] genoemde deskundigen, in aanmerking genomen de lokale beloningsnormen en de bijzondere omstandigheden in het ontwikkelingsland.*⁶⁵

Het was dan ook een artsenorganisatie voor de behartiging van de belangen van artsen en 'niet van de landen waar zij werken', zoals een NVTG-lid eens opmerkte.⁶⁶

De SANO werd op 14 mei 1969 officieel opgericht. De organisatie kon gebruik gaan maken van subsidies van de Leprastichting van 15.000 gulden en van de KNMG van uiteindelijk 20.000 gulden. Het hoofdbestuur van de Maatschappij maakte echter duidelijk de stichting niet structureel te willen subsidiëren. Het kapitaal moest van de artsen zelf komen. Het zat hiermee op één lijn met het bestuur van de NVTG. Dat stelde weliswaar 1500 gulden ter beschikking, zoals het een jaar eerder ook al had gedaan, maar zei daarbij te hopen en te verwachten 'dat de individuele bijdragen van de leden hier boven uit zullen gaan'. De bijdrage van de NVTG moest een symbolisch karakter dragen. Het waren de leden die uitmaakten hoe hoog die bijdrage in totaal zou zijn. Om hen tot donatie aan te zetten werd in *Medisch Contact* een oproep tot schenken gedaan. Dit leidde tot een startkapitaal voor de SANO van ongeveer 50.000 gulden. Maar daar bleef het niet bij. Reeds medio 1970 was door zo'n achthonderd artsen meer dan 80.000 gulden bij elkaar gebracht, waardoor het kapitaal was gestegen tot 135.000 gulden. Daarmee werden voor een bedrag van 70.000 gulden per jaar negen artsen ondersteund, zeven particuliere en twee via de DITH. En ook dat getal zou een almaar stijgende lijn vertonen.⁶⁷

Ondertussen werd geprobeerd het contact tussen CWT en DITH weer te herstellen. Oomen besprak de situatie met de Tweede-Kamercommissie voor ontwikkelingshulp. Dit leidde tot een brief aan Udink waarin het belang van medische ontwikkelingshulp werd uiteengezet en waarin hem werd gevraagd de DITH te verzoeken contact met de CWT op te nemen. Na een gesprek met drie leden van de CWT, onder wie Oomen, zegde de minister toe de SANO te zullen gaan steunen bij de uitzending van zo'n veertig tot vijftig artsen

per jaar.⁶⁸ Volgens Dekker was de SANO hierdoor een praktische oplossing voor een ontstaan probleem. 'De Regering ging, na korte onderbreking, weer artsen-uitzendingen suppleren, maar wilde administratie en organisatie niet zelf in handen houden.'⁶⁹

De afspraak tussen SANO en Udink werd in oktober 1969 bekrachtigd in de SANO-DITH-overeenkomst. Daarin werd vastgelegd dat de DITH de contacten met regeringen van ontwikkelingslanden legde. Zij zorgde eveneens voor de uitzending. De selectie van de artsen werd het werk van de SANO, maar de eindselectie bleef in handen van de DITH. De eisen waren als volgt. De uit te zenden arts moest tijdens zijn of haar opleiding stages in de 'kleine vakken' hebben gevolgd (dermatologie, oogheelkunde, en keel- neus en oorheelkunde). Hij of zij moest na het artsexamen aanvullende stages chirurgie (minimaal zes maanden) en gynaecologie (minimaal drie maanden) hebben gevolgd in een door de SANO goedgekeurd ziekenhuis. Hij of zij moest de tropencursus hebben gevolgd. En het ziekenhuis waarin de arts in de tropen werkzaam werd, moest zijn geïntegreerd in het nationale of regionale gezondheidsbeleid. Verder regelde de overeenkomst nog de arbeidsvoorwaarden.⁷⁰

De overeenkomst had tot gevolg dat enkele particuliere organisaties die artsen uitzonden, zich afvroegen of ook zij onder deze regeling konden gaan werken. In de hoop dat dit hun pleit zou versterken vonden zij elkaar in het Overleg Particulier Initiatief Tropenartsen (OPIT).⁷¹ Met succes. Udink gaf aan dat ook een aantal artsen van het Particulier Initiatief (PI) van de regeling gebruik mochten gaan maken, mits zij aan dezelfde kwaliteitseisen voldeden. Het totale aantal SANO-DITH-PI-artsen werd door hem voor de jaren 1971-1973 op twintig per jaar gezet. Om de suppletie, waar het allemaal mee was begonnen, voor de SANO-PI-artsen te kunnen betalen, werd een fondsenwerving op touw gezet die jaarlijks zo'n honderdduizend gulden opbracht.⁷² Tot 1 juli 1975, toen aan de relatie tussen SANO en DITH een einde kwam, werden in totaal 127 SANO-DITH-, 92 SANO-DITH-PI- en enkele tientallen SANO-PI-artsen uitgezonden. Voor het overgrote deel werden zij werkzaam in de landen waar de Nederlandse regering de hulp had geconcentreerd: Kenia, Tanzania, Malawi, Zambia en Nigeria.⁷³

Aan de relatie kwam een einde doordat DITH de suppletie van de DITH- en de DITH-PI-artsen zelf ter hand ging nemen. Ook nam het aantal aanvragen voor suppletie door PI-artsen af. KNMG, NVTG en SANO stelden zich de vraag of de fondsenwerving niet moest worden gestopt. Besloten werd dit toch niet te doen omdat de binnenkomende gelden ook voor andere vormen van medisch ontwikkelingswerk zouden kunnen worden gebruikt, zoals het (deels) betalen van een door een arts gewenste vervolgopleiding bij hernieuwde uitzending. Ook werd gedacht dat na enige tijd het aantal aanvragen voor suppletie door PI-artsen wel weer zou kunnen gaan stijgen, wat in 1980 en 1981 inderdaad duidelijk bleek. De activiteiten van de SANO kwamen hierdoor meer te liggen op het terrein van de financiering van bijscholing en het beleid rond de uitzending. Het was een beleidsverandering die Zuidema tot de opmerking bracht dat de SANO eigenlijk maar een jaar of zes optimaal heeft gefunctioneerd. Hij vroeg zich daarom af 'of dit de inspanning en kostbare tijd van zovelen waard' was geweest. Daar stond echter tegenover dat 'de oprichting van SANO de bezinning over de positie van de Nederlandse tropenarts in het postkoloniale tijdperk' sterk had gestimuleerd 'en dat door SANO een blijvende band tussen de particuliere artsenuitzendende instanties' tot stand was gekomen.⁷⁴ In 1985 zou de SANO samen met het Jongeren Vrijwilligers Corps de Vereniging voor Personele Samenwerking Ontwikkelingslanden (PSO) gaan vormen.⁷⁵

Opheffing van de Commissie Werkkring Tropen

Al verliepen oprichting en start van de SANO door de bank genomen naar wens, het leverde de NVTG wel een probleem op. De taak van de SANO was immers belangenbehartiging, maar dat was ook de taak van de CWT. Al voordat de SANO daadwerkelijk was opgericht wierp zij dan ook een schaduw over de CWT. Het was iedereen duidelijk dat er op zijn minst een grote kans bestond dat beide organisaties in elkaars vaarwater zouden komen. De vraag was dus wat er met de CWT moest gebeuren nadat de SANO in het leven was geroepen. Moest zij worden opgeheven? Moest zij opgaan in de SANO? Of moest zij blijven voortbestaan omdat zij toch een eigen taak had? Kranendonk was in oktober 1968 duidelijk. De SANO was noodzakelijk om het medisch werk in de tropen voort te kunnen zetten, maar zij maakte wel de CWT in feite overbodig – overigens in tegenstelling tot het BWT dat wel zelfstandig zou kunnen blijven bestaan.⁷⁶ De overige bestuursleden van het NVTG vonden dit een overdreven en overhaaste conclusie, maar dat de CWT minder te doen zou krijgen als de SANO op stoom zou raken, was ook hun duidelijk. Zij zou hoogstens nog namens de vereniging het ontwikkelingsbeleid in de gaten kunnen houden dat onder meer via de SANO werd uitgevoerd. Onder degenen die dachten dat het zo'n vaart allemaal niet zou lopen bevond zich ook De Loos, zoals gezegd een van de NVTG-vertegenwoordigers in de SANO. Hij achtte opheffing van de CWT 'prematuur'. 'Laten we eerst maar afwachten hoe de definitieve vorm van de SANO wordt!'⁷⁷

In eerste instantie werd dus voor voortbestaan gekozen omdat de CWT (mogelijk) een eigen taak had. Volgens voorzitter Zuidema zou de CWT nu 'een informatiecentrum' moeten worden dat artsen in de tropen van advies diende.⁷⁸ Ook dit botste echter met de taakopvatting van de SANO waarin eveneens het woord 'advisering' viel te lezen.⁷⁹ Kranendonk kreeg dan ook meer en meer het gelijk aan zijn zijde. Begin 1971 moest reeds worden geconstateerd dat het jaarverslag van de CWT 'zeer kort' was. Zij had 'een min of meer slapend bestaan' geleid 'i.v.m. de ontwikkelingen bij de SANO'. Wel werd uitleg gegeven over de activiteiten van de overheid. Die werd als zeer traag ervaren, wat werd geweten aan het feit dat het Bureau Werving voor Tropenartsen (niet te verwarren met het Bureau Werkkring Tropen) louter werd bemand door 'gepensioneerde militairen'. Voordeel was dat dit betekende dat de taak van het BWT, het uitvoerend orgaan van de CWT, sterk in omvang zou toenemen. Het BWT was al zeer actief, bijvoorbeeld door de organisatie van maandelijks, zeer succesvolle voorlichtingsmiddagen voor aanstaande tropenartsen.⁸⁰

Maar de activiteiten van het BWT konden het langzaam weggwijnende van de commissie zelf niet tegenhouden. Op de jaarvergadering van 27 januari 1973 viel het doek. Het verslag was wederom zeer kort, en dat was verklaarbaar.

De commissie heeft in het afgelopen jaar niet vergaderd, noch enige andere activiteit ontplooid. De Commissie is thans duidelijk overbodig en vraagt daarom om euthanasie. De voorzitter [Zuidema, LvB] antwoordt dat dit probleem is besproken. Het bestuur is van mening, dat thans inderdaad het moment is aangebroken de Commissie op te heffen. [...] Hij stelt dan ook voor aan het verzoek [...] om euthanasie gevolg te geven. De vergadering gaat hiermee accoord.⁸¹

Nieuwe koers

Tegenover de problemen met de CWT – net als met *Medicus Tropicus*, zoals we nog zullen zien – stond de blijdschap over de enorme ledengroei. Eind 1969 werd dan ook geconstateerd: 'De Vereniging is springlevend en beweegt zich in overeenstemming met de Statuten zeer enthousiast op de vele terreinen der tropische geneeskunde.'⁸² Toch was het karakter van die springlevende vereniging ingrijpend veranderd. En dat was iets dat ook het bestuur zelf niet was ontgaan. Een jaar later constateerde het:

*De taak van de vereniging is, meer dan vroeger, gericht op het bevorderen van de praktische uitoefening van de tropische geneeskunde. Haar coördinerende taken op dit gebied (via SANO, DTH, BWT en MT) zijn zoal niet belangrijker dan toch wel arbeidsintensiever dan het zuiver wetenschappelijke werk, terwijl de functie van gezelligheidsvereniging, in tegenstelling tot vroeger, steeds geringer wordt. Dit is dan mede een uitvloeisel van het grote ledental (bijna 700). Een nuttig maar 'ongezellig' aantal. Het besturen van een dergelijke vereniging zal dan ook, helaas, een steeds professioneler aanpak vereisen. Een moderne ontwikkeling, waarmede misschien echter velen niet geheel tevreden zullen zijn.'*⁸³

Bij die professionalisering hoorde blijkbaar ook het einde van het geschreven notulenboek. Toen op 28 oktober 1972 een wel zeer korte versie van de notulen van de voorgaande vergadering werd voorgelezen, reageerden de leden eerst 'met enige verwondering'. En gingen vervolgens akkoord met het bestuursbesluit de notulen in het vervolg voorafgaand aan de vergadering aan de leden toe te zenden. 'Het hanteren van een groot notulenboek en het plechtig daaruit voorlezen wordt beschouwd als een ietwat obsoleete methode.'⁸⁴

Niet alleen praktisch en organisatorisch veranderde de vereniging, maar ook wetenschappelijk-inhoudelijk. Meer sprekers uit de tropische landen zelf werden uitgenodigd. En de aandacht voor preventie en bestrijding van specifieke ziekten verschoof langzaam maar zeker naar een ander terrein: het creëren van zo goed mogelijke omstandigheden voor gezondheid – al zou er ook altijd aandacht blijven voor preventie en ziektebestrijding. De verschuiving bleek bijvoorbeeld uit de International Course in Health Development die in diverse Europese steden in het begin van de jaren zestig was gegeven. In Amsterdam was dat van februari tot juli 1964, onder auspiciën van het Nuffic.⁸⁵ Een ander teken was dat in 1969 NVTG-lid L.C. Vogel zijn 'ervaringen in het Public Health College te Gondar (Ethiopië)' had weergegeven.⁸⁶

Ook het onderwerp van een tripartite bijeenkomst met de Belgen en de Britten op 20 mei 1971 liet de nieuwe koers zien: 'Health as a factor for socio-economic advance of developing countries'.⁸⁷ De 'public health approach' kwam onmiskenbaar op, wat ook bleek uit de koerswijziging die *Medicus Tropicus* in die jaren doormaakte.

Medicus Tropicus wordt radicaler

Zoals gezegd waren er ook problemen met *Medicus Tropicus*. Het inslapen en later euthanaseren van de CWT door de NVTG bleek weer nieuwe problemen op te leveren. *Medicus Tropicus* was immers vooral het mededelingenblad van de commissie. In het jaarverslag over 1969 was dan ook al geconstateerd dat de band tussen het blad en de vereniging

hechter moest. Bovendien moest de gratis verspreiding onder artsen in het buitenland worden beëindigd. Dat was te duur, al kon niet worden ontkend dat het blad een mooie ledenwerver was. Zo had een oproep in het decembernummer van 1969 om zich als lid aan te melden weer 'tientallen nieuwe leden' opgeleverd. Het was ook zeker mede aan *Medicus Tropicus* te danken dat het ledental zich in tien jaar meer dan verdrievoudigd had: van 222 in 1962 tot 751 in 1972. Maar van die vele leden wilden slechts weinigen zich ook actief voor de vereniging inzetten. Dat probleem begon ook *Medicus Tropicus* parten te spelen. Het was zeer populair, maar leed 'zoals bijna alle bladen' aan een gebrek aan medewerking. Het probleem werd vergroot doordat een aantal van de medewerkers die het blad al vanaf het begin redactioneel en inhoudelijk vorm hadden gegeven, een stapje terug wilde doen en zijn taken wilde overdragen 'aan jongere medewerkers'. Die waren 'bij de redactie echter nog niet bekend'.⁸⁸ De vraag was: lag dit aan de jongeren of aan het blad?

De redactionele problemen werden aanleiding om eens goed naar de inhoud en de opzet van *Medicus Tropicus* te kijken. Wellicht kwamen die jongere medewerkers niet, omdat het blad hun niet voldoende aansprak? Ook enkele van de wel actieven bleken niet echt over het blad te spreken. Zo was er de kritiek dat het meer een familieblad dan een vakblad was. Ook werd het door iemand omschreven als een "'versierde" adreslijst' die wellicht beter kon worden omgevormd tot een soort bijblad van *Tropical and Geographical Medicine*, dat, volgens weer een ander, eigenlijk het officiële tijdschrift van de vereniging zou moeten zijn.⁸⁹

Zoals reeds eerder aangegeven werd *Medicus Tropicus* geen bijblad, maar tezamen met de redactie veranderde het wel van karakter. 'Naast het "familieblad", dat door iedereen ten eerste werd gewaardeerd, zal in *Medicus Tropicus* in de toekomst, meer dan tot nu toe het geval was, iets doorklinken van de soms heftige discussies over de derde wereld en onze plaats daarin.' Gehoopt werd dat dit ervoor zou zorgen dat het blad 'nog vele jaren zijn centrale plaats in onze Vereniging' zou kunnen innemen.⁹⁰

Om wat meer kritische geluiden te kunnen laten doorklinken en van *Medicus Tropicus* een echt discussieblad te maken, werd een verandering van de redactiestatuten bepleit en per 1 januari 1973 ook doorgevoerd. Er kwam ook een nieuwe hoofdredacteur. Vervoorn werd vervangen door Folmer, die als arts werkzaam was geweest in Tanzania. Zonder slag of stoot ging dat echter niet. Secretaris Ottens werd op 6 november 1972 gebeld door Zuidema. Die deelde hem mee dat Vervoorn 'zich gepasseerd voelde doordat het bestuur, buiten hem om, een andere hoofdredacteur had benoemd, terwijl tevens een belangrijk beleidsbesluit was genomen, namelijk om *Medicus Tropicus* tot een polemisch blad te maken – iets waarover hij niet was gehoord en waar hij tegen was'. Vervoorn had te kennen gegeven zich op een 'weinig elegante manier "ontslagen"' te voelen en wilde nooit meer iets met het blad te maken hebben. Na onderzoek concludeerde Ottens echter dat dit een ietwat overtrokken reactie was. Vervoorn had reeds begin 1972 aangegeven zich uit de redactie terug te willen trekken. De naam van zijn mogelijke opvolger was ook al in een vroeg stadium bij hem bekend geweest.⁹¹

In zijn redactioneel schreef Folmer vervolgens dat hij er zich in het afgelopen jaar steeds meer van bewust was geworden dat het ledenbestand van de NVTG drastisch was gewijzigd. Als, zo schreef Folmer, *Medicus Tropicus* een blad voor alle leden wilde blijven dan zou ook deze groep zich in de inhoud van het blad moeten kunnen herkennen. Folmer zou dan ook 'oprecht proberen' iedere bijdrage die als kopij werd aangeboden, geplaatst te krijgen. Maar hij zei niet voor niets 'proberen'. Het was namelijk makkelijker gezegd dan gedaan.

Een groep aan het woord laten komen met bijvoorbeeld kritische geluiden kan goed en noodzakelijk zijn, maar kan tevens het gevaar inhouden dat het blad geleidelijk gevuld gaat worden met polariserende en tenslotte heilloze zwart-wit discussies, waar een andere groep leden totaal niet in is geïnteresseerd en ook niet om heeft gevraagd.⁹²

Het was daarbij de vraag of de karakterwisseling ook betekende dat het blad open moest gaan staan voor het uitvechten van meningsverschillen die op een toon werden gevoerd die de betamelijkheid overschreden. Zo waren er enkele stukken binnengekomen van A.O.H. Tellegen, arts te Kenia, waar Folmer het als test-case graag even over wilde hebben. Al snel was iedereen het over eens dat die brieven echt niet konden. De door Tellegen gebruikte terminologie voldeed niet 'aan wat het bestuur acceptabel vindt in een intercollegiale discussie op niveau'. Dit mocht echter niet van invloed zijn op de beleidswisseling zelf.

[Het bestuur kan het] met collega Folmer eens [...] zijn dat Medicus Tropicus wat meer dan tot nu toe open moet staan voor de 'alternatieve' meningen van een, toch niet te verwaarlozen groep jongere leden. Het zou onverstandig zijn deze groep monddood te maken. Dit betekent niet dat Medicus Tropicus een sterk polemisch blad zou moeten worden, doch wel dat wij bereid moeten zijn tot een kritische evaluatie – ook van onze eigen stokpaardjes. En als er kritiek is op de medische ontwikkelingshulp, als zijnde een vorm van verkapt kolonialisme, dan zullen wij bereid moeten zijn na te gaan of onze aanpak aanleiding tot deze beschuldiging zou kunnen hebben gegeven.⁹³

Folmer formuleerde vervolgens de volgende regels.

Iedere bijdrage wordt geplaatst, mits:

- a) deze gaat over een zaak die door de schrijver als een wezenlijk aspect van zijn werk of van dat van de medicus tropicus in het algemeen wordt ervaren;*
- b) deze gesteld is in een Nederlands dat aan enige minimeisen van intermenselijk fatsoen voldoet (dit is geen theorie!);*
- c) deze een nieuw onderwerp aanroert, een discussie opent of aan een reeds op gang zijnde discussie een nieuw gezichtspunt toevoegt.⁹⁴*

'Hulp is neo-kolonialisme'

Het hoge woord was er dus uit. Ontwikkelingshulp, al dan niet medisch, werd door sommigen gezien als kolonialisme in een nieuw, humanitair jasje. Folmer plaatste zijn regels op pagina 1 van het februarinummer van 1973 en op pagina 2 was het meteen raak met een artikel van Emiel Wennen, een arts die tevens actief was in de enkele jaren eerder opgerichte Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie. Wennen genoot indertijd enige bekendheid als de arts die in 1966 een succesvolle lobby was gestart tegen etiketten op in Nigeria geproduceerde en gedistribueerde flessen jenever van Erven Lucas Bols. Op die flessen stond – op autoriteit van de medische faculteit van de Universiteit van Amsterdam – dat het hielp tegen heel veel verschillende kwalen. Meestentijds oraal in te nemen,

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

maar ook wel eens in de vorm van oordruppels.⁹⁵ Hij stelde in zijn artikel de vraag waarom er nog artsen naar ontwikkelingslanden werden gestuurd. De opening hakte er meteen in en maakte tevens duidelijk dat de politieke afzijdigheid die de NVTG altijd had gepredikt, verleden tijd was geworden.

Ontwikkelingssamenwerking bestaat niet. De rijke landen, waaronder Nederland, gaan immers rustig door met te demonstreren dat ze nauwelijks geïnteresseerd zijn in de arme landen behalve wanneer er wat te verdienen valt. Het wordt langzamerhand duidelijk dat de bevolking ook in de rijke landen, een rad voor ogen wordt gedraaid. Termen als ontwikkelingshulp, ontwikkelingssamenwerking, internationale samenwerking, kapitaalstroom van rijk naar arm dienen hiertoe. De vaak veel grotere stroom van arm naar rijk wordt doodgezwegen. Nederland slaat zichzelf regelmatig op de borst maar vormt zeer duidelijk geen echte uitzondering. De armen worden armer en de rijken worden rijker.⁹⁶

Hij haalde vervolgens de hoogleraar *child health* van Dar es Salaam aan, Malcolm Segall, die meende 'dat het neokolonialisme zijn (super)specialistische artsen' naar landen als Tanzania uitstuurde 'om het zowel in materieel als psychologisch opzicht afhankelijk te houden van het westen'. Of dit helemaal waar was, wist Wennen niet, maar hij wist wel dat 'de westerse geneesheren' zich niet konden vrijpleiten 'van medeverantwoordelijkheid voor de bevolkingsproblemen van landen als India en Indonesië'.

Zeker is ook dat het in China zonder westerse artsen zoveel beter gaat op dit gebied zoals men onder andere kan lezen in een recent verslag in het Medical Bulletin van de International Planned Parenthood Federation. Zeker is ook dat waar de artsen als ze dat willen macht zouden kunnen ontwikkelen ten behoeve van de lijdenden, dit vaak achterwege blijft. Ze behoren in Zuid-Afrika tot het establishment dat over de hemeltergende diskriminatie met al zijn gevolgen ook op medisch gebied zwijgt. Ze behoren in de Verenigde Staten over het algemeen tot het establishment dat zich niet verzet tegen wat door hun land in Zuidoost-Azië aangericht wordt en dit zelfs moreel noemt.⁹⁷

De opmerkingen over Zuidoost-Azië werden op dat moment reeds breed gedragen, de kritiek op de artsen in Zuid-Afrika zou breed gedragen gaan worden, maar op zijn opmerkingen over China is, in ieder geval achteraf, natuurlijk wel het een en ander aan te merken. Dat land was ten eerste al meer dan een decennium bezig met een grote sprong achterwaarts die eigenlijk maar een half decennium had mogen duren en naar goed communistisch gebruik 'grote sprong voorwaarts' werd genoemd. En het was ten tweede een jaar eerder een revolutie gestart die, al was het dan een culturele, naar goed *revolutionair* gebruik in rap tempo heel veel van zijn eigen kinderen aan het opeten was. Maar toch. Het was klare taal die het gemiddelde NVTG-lid niet was gewend te horen, en die werd afgesloten met een negental stellingen over het werk van 'de importarts' in arme landen, zoals:

De taak van de importarts moet bepaald worden door de belangen van de gehele bevolking en niet door die van b.v. de heersende elite. [...] Hij moet zich op de hoogte stellen van de heersende denkbeelden over gezondheid en ziekte. Pas dan zal hij de medewerking van de bevolking kunnen trachten te winnen. [...] Hij doet er goed aan het belang van medisch werk niet te overschatten. Vaak betekent een goed onderwijzer meer voor de volksgezondheid in een dorp dan menig arts⁹⁸

Wennens artikel was een voorbeeld van de vragen die begin jaren zeventig eerst voorzichtig, maar later steeds luider en veelvuldiger werden gesteld bij het karakter van de medische hulpverlening. Was het wel échte hulp, of werd er alleen maar een nieuwe afhankelijkheidsrelatie gecreëerd? Zo had in oktober 1971 – dus nog voor de beleidsverandering van *Medicus Tropicus* – W.J.O.M. van Dijk al het artikel ‘De uitzending van Nederlandse artsen naar ontwikkelingslanden op bilaterale basis. Hulpverlening of ontwikkelingsbijdrage’ geschreven. Hij opende zijn verhaal met de zin: ‘Het is zonder twijfel juist dat het gedurende enige tijd praktiseren in ontwikkelingslanden van de pas afgestudeerde arts, de jonge arts zelf in belangrijke mate ten goede komt, en als een daadwerkelijke vorm van nationale hulpverlening kan worden beschouwd.’⁹⁹ Ook zag hij heus wel voordelen aan het overkomen van jonge Afrikaanse artsen naar West-Europa, op voorwaarde natuurlijk dat ze naar hun land terug zouden keren om hun opgedane kennis aan de mensen daar ten goede te laten komen. Suppletie kon zowel een steun voor de een als voor de ander zijn. Maar toch:

Een belangrijk punt wordt bij dit alles evenwel over het hoofd gezien, en dit is of deze vorm van hulpverlening een daadwerkelijke ontwikkelingsbijdrage is, i.e. een bijdrage aan de structurele verbetering van de geïntegreerde preventief-curatieve gezondheidszorg, met inachtname van het ‘absorptievermogen’ van het desbetreffende ontwikkelingsland, de bestaande prioriteiten en beperktheid van de ontwikkelingsfondsen.¹⁰⁰

En hoewel hij er niet aan twijfelde dat er bij de ontwikkeling van de diverse programma's met het bovenstaande rekening was gehouden, was het toch een teken aan de wand ‘dat in de een-jarige vooropleiding voor uit te zenden artsen negen maanden worden besteed aan praktische chirurgie en verloskunde; uiterst nuttige voorbereiding voor artsen in ontwikkelingslanden, doch een stage bij de afdeling Volksgezondheid in Nederland zowel als elders, en een cursus instructie, zou wellicht beter passen bij de primaire doelstelling’.¹⁰¹ Zowel de stellingen van Van Dijk als die van Wennens zullen toen nog menig lid van de NVTG de wenkbrauwen hebben doen fronsen, maar ze weerspiegelden ook denkbeelden die gaandeweg gemeengoed binnen de vereniging zouden worden.

Kranendonk en de toekomst van de tropenarts

De radicalisering van de vereniging kwam onder meer tot uiting in een artikel dat Kranendonk in 1970 publiceerde. Het had als titel ‘De toekomst van de tropenarts’ en kan dan ook een vervolg worden genoemd op Oomens relaas uit 1959. Kranendonk was in 1949 naar Nieuw-Guinea vertrokken waar hij werkte voor de Dienst Gezondheidszorg. In 1953 werd hij hoofd framboesiabestrijding. Op die bestrijding promoveerde hij in 1957 cum

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

laude, onder meer uit eerbied voor 'zijn geploeter door moeras en oerwoud, belaagd door muskieten en bloedzuigers'. In 1962 moest hij net als zo'n zestig andere artsen Nieuw-Guinea verlaten. Hij werd onder Oomen medewerker van de afdeling Tropische Hygiëne van het KIT en buitengewoon hoogleraar in de Tropische Gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam. In 1967 werd hij directeur van de afdeling, als opvolger van Oomen die adviseur voedingshygiëne werd. Kranendonk was een tijdlang vice-voorzitter van de NVTG en initiatiefnemer van Medicus Tropicus, wat hem het erelidmaatschap zou opleveren. Nog voor de oprichting van de CWT vond hij al dat de NVTG zich meer moest inzetten voor de carrièremogelijkheden voor jonge tropenartsen. Maar de eerste jaren was hij een roepende in de woestijn. Het werd als 'vakbondsstreven' afgedaan.¹⁰²

Kranendonk legde sterk de nadruk op de relatie tussen gezondheidszorg en ontwikkelingshulp: zonder gezondheidszorg geen succesvolle ontwikkelingshulp, zonder ontwikkelingshulp geen succesvolle gezondheidszorg. In zijn oratie van 30 november 1964 had hij erop gewezen dat door het wegvallen van de koloniën het werkterrein van de tropische gezondheidsleer niet was ingekrompen, maar juist sterk was uitgebreid. Voor de koloniën waren immers zo'n zeventig, veelal (sub-)tropische ontwikkelingslanden in de plaats gekomen. Bovendien had die dekolonisatie plaatsgehad in een tijd van snelle internationalisering en van globalisering, waardoor de Westerse landen als vanzelf meer met het ontwikkelingsvraagstuk te maken kregen. Door de moderne communicatie- en vervoersmiddelen werd de wereld kleiner. Dat had ook effect op de geneeskunde gehad: ook ten aanzien van de geneeskunde werd gevraagd 'welke haar aandeel is in de bevordering, door sommigen zelfs genoemd de belemmering, van de ontwikkeling in de tropen'.¹⁰³ Kranendonk had reeds begin jaren zestig gewezen op het belang van het verbeteren van 'de voorwaarden voor een goede gezondheid'.¹⁰⁴ Hij wilde 'een geïntegreerd preventief-curatieve zorg, die afgestemd is op de sociaal-economische mogelijkheden' van de ontwikkelingslanden.¹⁰⁵

In 'De toekomst van de tropenarts' ging Kranendonk opnieuw in op de verandering van het vak door het einde van het koloniale tijdperk na het verlies van Indië, en op de gevolgen daarvan voor de Nederlandse arts. Weliswaar hadden in de tijd daarna tachtig artsen in Nieuw-Guinea een nieuwe generatie tropenartsen gevormd, maar dit stak toch schril af tegen de achthonderd die in Indië 'een zinvol bestaan' hadden gehad. Het nam niet weg dat zij er waren, en dus vreesde men na het verlies van Nieuw-Guinea dat het nu toch echt was gedaan 'met de toekomst van de Nederlandse artsen in de tropen'; ook al konden enkelen in dienst treden bij de WHO of elders in de wereld aan de slag. Niets bleek echter minder waar. In 1970 waren in maar liefst 51 landen bijna vierhonderd Nederlandse artsen werkzaam: 103 in Afrika, 57 in Azië en 225 in de beide Amerika's, waarvan 205 in Suriname en de Nederlandse Antillen.¹⁰⁶

Zij waren werkzaam in allerlei projecten en nog moesten diverse 'verzoeken voor structurele ontwikkelingssamenwerking' onvervuld blijven 'door gebrek aan terzake kundig beschikbare mankracht'. Het aantal medewerkers van de afdeling Tropische Hygiëne van het KIT was die laatste jaren verdubbeld. Een aantal universiteiten had een samenwerkingsverband ingesteld. In Amsterdam was een Internationaal Medisch Centrum opgericht dat met diverse instanties samenwerkte. De conclusie van Kranendonk was duidelijk: de tropenarts was acht jaar na het verlies van Nieuw-Guinea allesbehalve uit Nederland verdwenen. Hooguit letterlijk omdat hij in groten getale elders aan het werk was.¹⁰⁷

Maar daarmee was nog niet duidelijk hoe het nu verder moest en in zijn schets daarvan kwam de nieuwe ontwikkelingsstrategie van de Verenigde Naties om de hoek kijken. Die ging uit van de optimistische visie dat het met krachtige hulp van de rijke landen moge-

lijk moest zijn dat de ontwikkelingslanden voor het jaar 2000 economisch zelfstandig waren. Maar dan zou ook aan sociale ontwikkeling grote aandacht moeten worden geschonken, vooral aan werkgelegenheid, onderwijs, huisvesting en gezondheidszorg. Nederland steunde deze nieuwe doelstellingen volledig en had er voor 1971 'uit de openbare middelen niet minder dan 1 miljard gulden' voor uitgetrokken. Als, zo schreef Kranendonk, van dat bedrag ook maar een luttel drie procent zou worden besteed aan medische ontwikkelings-samenwerking – een woord dat de term 'ontwikkelingshulp' steeds meer zou gaan verdringen –, dan zou dat jaarlijks een som van 30.000.000 gulden betekenen.

Dit bedrag gevoegd bij de geldstroom uit particuliere middelen, toont overduidelijk aan dat het niet de financiële belemmeringen zijn voor een krachtig doorvoeren van bijstand aan de gezondheidsbevordering in de ontwikkelingslanden. Het toont eerder aan dat onze hulp, hoe goed bedoeld ook, nog te incidenteel en te fragmentarisch is.¹⁰⁸

Volgens Kranendonk zou de rechtstreekse medische hulpverlening nog vele jaren een urgent en actueel onderdeel van die hulpverlening blijven. Daarvoor waren echter te weinig artsen actief, mede omdat de meeste na één dienstverband besloten niet opnieuw naar de tropen af te reizen.

De redenen waren niet een gebrek aan belangstelling, doch grotendeels gelegen in het ontbreken van een perspectief voor verdere carrière-vorming. Uit een oogpunt van medische ontwikkelingssamenwerking, is het betreurenswaardig dat de opgedane ervaring niet langere tijd ter beschikking blijft van de landen die daardoor worden gedwongen telkens opnieuw te beginnen met nagenoeg onervaren buitenlandse nieuwelingen.¹⁰⁹

Om dit te verhelpen zouden de voorwaarden voor hernieuwde uitzending drastisch moeten worden verbeterd in vergelijking met die van een eerste uitzending. Maar dat was alleen nodig voor het continueren van de bestaande hulp; hulp die zich vooral op de korte termijn richtte. Het was ook niet (meer) zo dat alleen de ontwikkelingslanden een probleem hadden. Onderontwikkeling was een probleem van de arme en rijke landen samen; het was een mondiaal probleem. Hoe belangrijk de directe hulp ook was, het accent zou zich daarvoor gaan verplaatsen naar wetenschappelijk onderzoek, 'in het bijzonder op het gebied van de gezondheidsbevordering, -ontwikkeling en -planning. Door de snel toenemende en steeds sneller wordende verbindingen zal de samenwerking op basis van internationale uitwisseling leiden tot een mondiale geneeskunde.¹¹⁰

Wederom: financiële problemen

Mondiale geneeskunde, internationale gezondheidszorg, nadruk op sociaal-economische oorzaken van onderontwikkeling en ongezondheid; daarover ging het steeds vaker. Ze kregen internationale pendanten in termen als *primary health care* en *right to health* of in een slogan als *health for all before the year 2000*. Daarvoor was geld nodig, maar dat was in de jaren zestig geen probleem. Die financieel gezonde situatie was in 1966 reden geweest voor Kranendonk om de traditionele eenvoud van de bijeenkomsten met de Belgen, die

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

hem wat begon te vervelen, weer eens ter discussie te stellen. Bovendien vroeg hij zich af of, als een wat feestelijker aankleding niet door de vereniging zelf opgebracht kon worden, het een goed idee zou zijn om de farmaceutische industrie eens aan te schrijven voor financiële ondersteuning. Echter: 'zeer enthousiast is het bestuur niet (of nog niet?).'¹¹¹

In het zicht van de linksere ideologie was dit wel verklaarbaar, maar in de jaren zeventig kreeg die ideologie wel het economisch tij tegen. Linkse zaken werden ook toen nog steeds populairder – zeker na de nog te bespreken conferentie te Alma Ata in 1978. En in 1973 was in Nederland het linkse kabinet-Den Uyl aan de macht gekomen, met de sympathiserende minister van Ontwikkelingssamenwerking Jan Pronk. Toch werd de invloed van een zakelijk klimaat duidelijk merkbaar, als gevolg van de oliecrisis en de daarmee samenhangende economische achteruitgang. Zo werd in de NVTG-begroting over het jaar 1975 opgemerkt dat *Medicus Tropicus* een financiële molensteen dreigde te gaan worden. In 1974 had dit nog kunnen worden opgelost door het blad slechts vijf in plaats van zes keer uit te brengen, maar voor 1976 werd zelfs weer een driemaandelijks uitgave begroot, in plaats van de tweemaandelijks die men toen al zo'n decennium lang gewoon was.

Grootste probleem was dat, evenals bij *Tropical and Geographical Medicine* het geval was, het niet was gelukt een goedkoper drukprocédé te vinden. Bovendien waren de inkomsten uit advertenties te laag. Dit riep de vraag op of er wellicht ook advertenties, 'natuurlijk op behoorlijk niveau', konden worden opgenomen 'van farmaceutische firma's', juist de firma's dus die bij zaken als *public health* niet of nauwelijks zakelijk belang hadden. Dit riep echter nog steeds de nodige weerstand op. De onafhankelijkheid zou in het geding komen. Ottens schudde misnoegd en mismoedig het moede hoofd. Volgens hem bestond er in Nederland te veel de neiging 'industrie' een vies woord te vinden. Dat was echter een ouderwets standpunt 'omdat men in het buitenland reeds lang' had ontdekt 'dat op zeer acceptabele wijze' met de industrie kon worden samengewerkt. Maar nadat Zuidema er op had gewezen dat er nog altijd de controle was van het bestuur ook als men akkoord ging met het opnemen van reclame, ging de vergadering om, zij het 'met enige aarzeling'.¹¹² Tot een overdaad aan advertenties en daarmee aan liquide middelen, heeft het overigens niet geleid.

4 Het recht op gezondheid

Een veranderde structuur en een veranderde opleiding

Door de groei van de vereniging en het uitbreiden van de aandachtsgebieden vond men het noodzakelijk de structuur te veranderen. Midden jaren zestig was daarom besloten dat het mogelijk moest zijn speciale werkgroepen op te zetten, wat meteen leidde tot de werkgroep Tropische Voeding. Die werd midden jaren tachtig omgedoopt in de werkgroep Voeding en Voedsel in de Ontwikkelingslanden. Langzamerhand kwamen daar steeds meer werkgroepen bij zoals Geschiedenis Tropische Geneeskunde, Tropische Kindergeneeskunde, Transculturele Revalidatie Geneeskunde, Maternal Health and Family Planning, Tropenartsen in Opleiding en Gezondheidszorg en Ontwikkelingssamenwerking.¹¹³ In dat laatste vakgebied werd eind jaren tachtig aan de Vrije Universiteit Ivan Wolffers tot bijzonder hoogleraar benoemd.¹¹⁴ Ook werd er een commissie in het leven geroepen: het Landelijk Overleg Tropische Hygiëne (LOTH).¹¹⁵ Om te voorkomen dat die werkgroepen verenigingen in een vereniging zouden worden, werd in 1990 besloten tot jaarlijkse vergaderingen van de werkgroepvoorzitters en tot het houden van een landelijke werkgroependag. Die laatste werd een jaarlijks terugkerend evenement.¹¹⁶

Artsen Terug naar de Tropen

Door de expliciete aandacht voor *public health* kan de curriculum-verandering als voorbeeld gezien worden van de verschuiving van aandacht van pure ziektebestrijding naar algemene gezondheidszorg. De oprichting van de werkgroep Artsen Terug naar de Tropen (ATNT) in 1976 is een ander voorbeeld. Er had een oproep in *Medicus Tropicus* gestaan voor specialisten en specialisten-in-opleiding die al eens eerder in ontwikkelingslanden hadden gewerkt en die belangstelling hadden om nogmaals te worden uitgezonden. Die oproep zou leiden tot de nieuwe NVTG-werkgroep ATNT.¹¹⁷ Ongeveer vijftig oud-tropenartsen wilden weer uitgezonden worden en zij formuleerden begin 1977 een drieledige doelstelling voor de werkgroep:

- *Het bijeenbrengen van artsen met ervaring in de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, die deze ervaring in een nieuwe uitzending ter beschikking willen stellen van deze landen.*
- *Het onderzoeken van de vraag, die naar deze groep artsen in de ontwikkelingslanden bestaat, vooral bij kleinere en middelgrote medische centra. Steeds zal hierbij het beleid van de gezondheidszorg in de betrokken landen als uitgangspunt worden genomen.*
- *Het behulpzaam zijn bij de oriëntatie van de genoemde groep artsen over de bestaande vacatures in samenwerking met de op dit terrein reeds werkzame organisaties.*¹¹⁸

Vervolgens kwam de vraag naar voren in welke hoedanigheid dit zou moeten gebeuren. Al snel werd duidelijk dat weinigen ervoor voelden dat hun groep een zelfstandige organisatie zou gaan vormen. Dus werd de vraag gesteld of het mogelijk was als werkgroep binnen de NVTG te gaan functioneren. Het was op dat moment nog niet duidelijk of de NVTG dat wilde en of het statutair wel mogelijk was,¹¹⁹ maar het bleek geen probleem.

De werkgroep ATNT zou snel een inhoudelijke radicalisering doormaken. In de discussies in de werkgroep – die na enkele jaren in Artsen met Tropenervaring werd omgedoopt – stonden de ervaringen met het Nederlandse beleid rond medische ontwikkelingssamenwerking (MOS) centraal. Uitkomst daarvan was dat zij er na verloop van tijd voor koos om verder te gaan als deel van de Bond voor Ontwikkelingswerkers (BOW). Dat leidde enerzijds tot hernieuwde naamsverandering in BOW-MOS en anderzijds tot discussies tussen de NVTG en deze bond over de aard van de geneeskunde in de tropen.¹²⁰

In zijn overzicht van 75 jaar NVTG onderscheidde Zuidema twee perioden. De eerste was de koloniale periode van 1907 tot 1957, waarin de bindende factor tussen de leden 'de wetenschappelijke bestudering van ziekten' was 'die in overzeese gebiedsdelen voorkwamen'. De tweede periode, die van 1957 tot 1982, schetste hij als een overgangperiode 'waarin de wetenschappelijke belangstelling van sommige leden regelmatig in botsing kwam met de ideologische bevoegenheid van andere leden die veel meer belangstelling hadden voor de politieke aspecten' van medische ontwikkelingssamenwerking.¹²¹

Omdat die overgangperiode nog niet was afgelopen toen Zuidema zijn stuk publiceerde, blijft het duister waar zij een overgang naar was. Wel is duidelijk dat Zuidema die ideologische bevoegenheid vooral zag bij de werkgroep Artsen met Tropenervaring – BOW-MOS. De beleidsvoornemens van de NVTG – belangenbehartiging en steunen van wetenschappelijk onderzoek – werden door hen met lede ogen aangezien. In een reactie op het beleid van de NVTG schreef de BOW-MOS in 1989:

Zelfs van enige voorzichtige stellingname aangaande medische ontwikkelingssamenwerking is geen sprake. Moet dit geïnterpreteerd worden als een continuering van de door de NVTG zo lang gepredikte waardevrije beoefening van zuivere geneeskunde? [...] Dit ontbreken van een stellingname inzake medische ontwikkelingssamenwerking betreuren wij, het zou een eventuele geïnstitutionaliseerde samenwerking met de BOW-MOS-groep in de toekomst, in de weg kunnen staan.¹²²

Hernieuwde statutenwijziging

Maar al was het dan geen probleem geweest om de werkgroep ATNT onder het dak van de NVTG te laten functioneren, met het stijgen van het aantal werkgroepen werd toch de noodzaak gevoeld ze een sterkere statutaire basis te geven. Het leidde in 1984 wederom tot een statutenwijziging, waarbij het tevens makkelijker werd gemaakt voor niet-artsen om lid van de vereniging te worden, zoals niet-academische verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Zolang zij zich maar 'uit hoofde van hun beroep' nauw bij tropische geneeskunde betrokken voelden.¹²³

De wijziging hield de toevoeging in van de artikelen dat het bestuur zich door commissies kon laten bijstaan, en dat het bestuur werkgroepen kon instellen 'van leden met een gelijkgerichte belangstelling of werkgebied'. Dit versterkte verder de tendens dat het werk-

terrein van de tropische geneeskunde rijker geschakeerd werd. Het behelsde zowel beleid als uitvoering, onderzoek als kennisoverdracht, curatieve als preventieve geneeskunde.¹²⁴ Overigens was het woord 'leden' niet helemaal terecht. De laatste zin van dit artikel luidde namelijk dat de leden van een werkgroep niet noodzakelijkerwijs ook lid van de vereniging hoefden te zijn.¹²⁵ Vandaar ook dat toen in 1986 de werkgroep Geschiedenis Tropische Geneeskunde werd opgericht, medisch-historici als Nijmegenaar Daniël de Moulin en Leidenaar Harm Beukers er hun medewerking aan konden verlenen.¹²⁶

Maar de wijziging was niet louter organisatorisch. Ook het doel werd verbreed: in artikel 2 werd toegevoegd dat de vereniging naast de tropische geneeskunde ook de gezondheidszorg in de tropen moest gaan bevorderen.¹²⁷ Op de jaarvergadering van 1984 zou vanwege de verminderende aandacht voor kliniek en laboratorium en de groeiende aandacht voor *public health*-aspecten van de tropische 'geneeskunde', door Voorhoeve zelfs worden voorgesteld de naam van de vereniging te veranderen in Nederlandse Vereniging voor Tropische Gezondheidszorg. Die naam zou de doelstellingen van de vereniging beter dekken. Bovendien had dit als voordeel dat de afkorting gewoon dezelfde bleef en hadden andere verenigingen die stap ook al gezet. Zo was de Vereniging voor Sociale Geneeskunde die voor Sociale Gezondheidszorg geworden. Het was een idee dat rond die tijd ook door leden van de werkgroep Artsen met Tropenervaring/BOW-MOS meermaals zou worden geopperd. En dat terwijl volgens hen zelfs het woord 'gezondheidszorg' de lading al niet meer dekte. Maar het bleek nog een brug te ver. Het voorstel van Voorhoeve, zelf in 1979 een van de oprichters van de werkgroep Kinderartsen met Tropenervaring, werd met 29 tegen 13 verworpen, nagenoeg dezelfde verhouding (28 tegen 14) als waarmee vervolgens met de verandering van artikel 2 wel werd ingestemd.¹²⁸

Maar al mocht de naam dan nog niet veranderen, dat de vereniging zich in de praktijk meer 'met gezondheidszorg in de tropen dan met tropische geneeskunde' bezig moest houden en zich ook al bezighield, werd eind jaren tachtig door de vereniging openlijk erkend.¹²⁹ Het leidde tot hernieuwde samenwerking met de BOW-MOS. Sterker: de MOS, die in feite eind jaren tachtig, begin jaren negentig nog slechts bestond uit de enkele leden tellende Tanzania-groep, kreeg een doorstart in NVTG-verband. Want in 1990 richtte de vereniging de nieuwe werkgroep Gezondheidszorg en Ontwikkelingssamenwerking (GEO) op, die de tropische geneeskunde helemaal wilde zien vanuit *public health* of *primary health care*-perspectief. De werkgroep ging opereren onder auspiciën van NVTG én BOW. De op sterven na dode MOS was gaan uitzien naar een 'attractiever forum' en vond dat ondanks alle vroegere kritiek 'binnen de NVTG van de huidige signatuur'.¹³⁰

Alma Ata 1978

Tekst

De principes van *primary health care* (PHC) of *health for all* beroerden dus ook de gelederen van de NVTG. Vol verbazing, maar wel opgetogen, had *Medicus Tropicus* midden jaren zeventig melding gemaakt van de WHO-publicatie *Organizational study on methods of promoting the development of basic health services*. Die verbazing betrof niet zozeer wat er werd gezegd, – 'dat kan men al jarenlang horen op koffieuurtjes, refereerbijeenkomsten en conferentiepauses' – als wel waar het werd gezegd: 'Vanaf een officieel forum; uit die Heilige Hallen van Genève zelf'.¹³¹

De opgetogenheid geeft aan dat het principes waren die ook in de kolommen van *Medicus Tropicus* hun plaats hadden opgeëist. Zo was er in 1975 door de stichting SIMAVI, ter

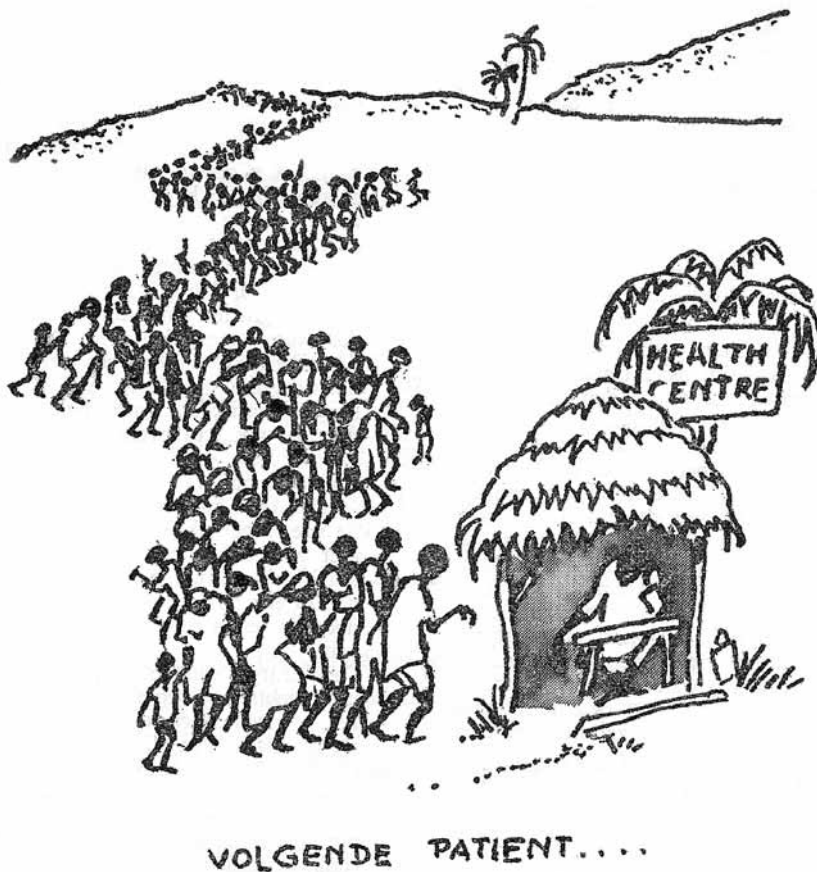
ere van het vijftigjarig bestaan, een prijsvraag uitgeschreven over het beste plan voor 'community health care in a rural area'. Er waren 24 inzendingen en de winnaar werd een kinderarts uit Tanzania, G.J. Ebrahim, werkzaam overigens in Londen. Hij had in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw de nodige studies over moeder- en kindzorg in ontwikkelingslanden het licht zou doen zien, zoals *Practical mother and child health in developing countries*. Opmerkelijk is echter dat de jury ook haar grote waardering uitsprak over inzending nr. 22. Die was afkomstig van A.O.H. Tellegen, dezelfde wiens ideeën enkele jaren eerder nog uit de kolommen van het blad waren geweerd omdat zijn woordkeus niet netjes genoeg was geweest. Nu noemde oud-voorzitter Zuidema in een bespreking van beide plannen de ideeën van collega Tellegen 'enigszins provocerend in de goede zin van tot-nadenken-prikkend'. Enkele van die ideeën waren:

Een model van community health care moet door een regering zelf ontworpen worden; niet door een hulpaanbiedend land, niet door een expatriate arts, niet door de schrijver van een essay. De regering van een land moet zelf aangeven welke prioriteit zij aan health care geeft en hoe de prioriteiten binnen de health care liggen. Buitenlandse hulp is welkom doch alleen in zoverre wanneer daardoor vacatures worden bezet, leemtes worden opgevuld etc. [...] Tegenover cost-effectiveness analyse moet men zeer kritisch zijn ingesteld, althans in zoverre baat alleen betrekking heeft op de fysieke gezondheid van een bevolking doch het gevoel van eigenwaarde, van een eigen identiteit buiten beschouwing laat. It is one thing to be a have-not, another thing to be a count-not.¹³²

Het waren de voorboden van een geheel nieuwe fase in de ontwikkeling van koloniale geneeskunde tot internationale gezondheidszorg. Die fase ging in toen in mei 1978 Halfdan Mahler een tweede ambtstermijn als directeur-generaal van de WHO aanvaardde. Hij deed dat met een lezing die volledig aansloot bij de ophanden zijnde conferentie over *primary health care* in Alma Ata, 6 tot 12 september 1978; de conferentie die officieel als doel zou stellen: *health for all by the year 2000*. De redactie van *Medicus Tropicus* drukte delen af van Mahlers 'indrukwekkende betoog' met de titel 'World health is indivisible', waarin hij een 'blueprint for health for all' gaf. Ze concludeerde dat alles erop wees dat PHC dé kwestie van de laatste decennia van de twintigste eeuw zou gaan worden. De intenties daartoe waren onmiskenbaar. Echter:

Of de befaamde slogan 'Health for all by the year 2000' inderdaad een realiteit gaat worden zal helaas niet alleen van goede bedoelingen afhangen en van de kennis der betrokkenen in de gezondheidszorg, maar zoals Mahler herhaaldelijk stelt wel degelijk ook van grote krachten buiten die sfeer.¹³³

Mahlers WHO had in de voorafgaande jaren geprobeerd de gezondheid in ontwikkelingslanden te bevorderen door het opzetten van gezondheidscentra. Over de resultaten was men echter niet bepaald te spreken. 'Wat er al van de grond kwam in dit opzicht', zo schreef Van Dijk in 1976 in *Medicus Tropicus*, 'lijkt op een enkele uitzondering na, nog vaak slechts een kleine bevoorrechte groep te begunstigen en uiterst weinig te hebben bijgedragen tot een verbetering van de gezondheidstoestand der bevolking in het algemeen'. En die gezondheidstoestand was over het geheel genomen desastreus te noemen. Viervijfde



Eerste lijns zorg. Tekening L.G. Roggen

van de wereldbevolking had geen toegang tot redelijk functionerende gezondheidszorg, drie van de vier mensen hadden geen goed drinkwater tot hun beschikking en in de ontwikkelingslanden stierven acht maal zoveel kinderen voor hun tweede levensjaar als in de Westerse landen. Hiervoor had de traditionele zorg, gebaseerd op ziekenhuizen, geen oplossing en daarom werd het accent verschoven naar het brengen van gezondheid en wel 'gezondheid voor iedereen'. De filosofie van PHC, waarin gezondheidszorg werd gezien als onderdeel van de gehele sociaal-economische ontwikkeling van een gemeenschap, was geboren.¹³⁴

De conferentie te Alma Ata in 1978 werd georganiseerd door de WHO en Unicef. Ze werd bijgewoond door zo'n 700 vertegenwoordigers van 140 VN-lidstaten, een aantal 'bevrijdings-bewegingen', ongeveer vijftig internationale organisaties, een dozijn VN-organen en veel functionarissen van de Sovjet-Unie. Al met al betrof het zo'n duizend mensen nog afgezien van de vele tolken, gidsen, informatices of begeleiders. Het betekende dat er in de vergadercentra, het V.I. Leninpaleis en de A.S. Poesjkin-staatsbibliotheek, dagelijks zo'n 1200 mensen rondliepen.¹³⁵ WHO en Unicef hadden een gezamenlijk rapport laten verschijnen waarin werd omschreven wat PHC volgens hen inhield en waarom het een zo

belangrijk begrip was. Door PHC moest een 'pakket basale gezondheidszorg binnen het bereik van de gemeenschap' komen 'met methoden, die voor een ieder aanvaardbaar en ook betaalbaar zijn. Deze basale gezondheidszorg is niet los te zien van het sociale en economische referentiekader van de plaatselijke gemeenschap en is zeer nauw verbonden met de algehele socio-economische ontwikkeling.'¹³⁶

PHC omvatte, zo schreef *Medicus Tropicus*, derhalve meer dan eerstelijns gezondheidszorg en was ook iets anders dan louter een uitbreiding van de bestaande zorgsystemen met een pakket basisbehoeften.

*Fundamenteel is de verantwoordelijkheid van individu, familie en gemeenschap voor de eigen gezondheid, de meer complementaire rol van de professionele hulpverlener en de noodzaak gezondheidszorg breder te zien dan enkel een medische aangelegenheid. De zorg voor adequate huisvesting, voeding, drinkwater en verwijdering van afvalstoffen maken er bijvoorbeeld ook deel van uit.*¹³⁷

Het was natuurlijk vrij vreemd dat een concept als PHC, met zijn slogans als 'health for all' en 'full participation of the community', werd verkondigd in een stad gelegen in een dictatoriaal geregeerd land als de Sovjet-Unie. Immers, zoals *public health*-epidemioloog Peter Kok het uitdrukte op een symposium over 25 jaar Alma Ata: 'PHC verdraagt geen totalitair regime en dogma's, noch van overheden, noch van religieuze of politieke bewegingen. PHC is immers een bottom-up proces, terwijl het -isme, de macht, zelfs in zijn meest benevolente opstelling, een top-down beweging is.'¹³⁸

PHC was een democratisch begrip, 'een democratiserende beweging', omdat het er de nadruk op legde dat ieder mens, waar dan ook, op zijn minst het recht had op toegang tot en mede-eigenaarschap van de eerstelijnszorg, 'het meest effectieve brok gezondheidszorg'. Maar de praktijk was weer eens weerbarstig gebleken. PHC had al snel een slechte naam gekregen bij velen in Afrika, waar het door veel, vaak weinig democratische overheden top-down werd opgelegd. In China werd bijvoorbeeld de blote-voetendokter de communistische karikatuur van de PHC-medewerker. Het was, zo constateerde Kok, dan ook verheugend dat er desondanks, en 'soms hard bevochten', toch nog zoveel van terecht was gekomen.¹³⁹

Twintig jaar eerder had *Medicus Tropicus*-redacteur Jaap Hamel naar aanleiding van vijf jaar Alma Ata ook al eens de balans van PHC opgemaakt. Ook hij had zich toen al de vraag gesteld wat PHC eigenlijk was, omdat zowel theoretisch als praktisch de opvattingen daarover nogal bleken te verschillen. Vooral de vraag of het opgelegd zou moeten worden – top-down – of een beweging vanuit het volk – bottom-up – zou moeten zijn, hield de gemoederen bezig en verdeelde ze.

*In de top-down benadering wordt de bestaande piramide verbreed tot aan dorp-sniveau, health workers worden getraind. Alles in het bestaande hiërarchisch kader. De bevolking wordt gemobiliseerd om mee te doen, echter vooral op organisatorisch vlak. De invalshoek is medisch, met weinig aandacht voor niet-medische determinanten van gezondheid. Veranderingen worden geïnitieerd vanuit de overheid.*¹⁴⁰

De overeenkomst met de vroegere geneeskunde in de koloniën is opvallend, en het is de vorm waar de meeste overheden in de ontwikkelingslanden voor kozen. 'Bottom-up gaat bijna van het tegenovergestelde uit. Via inzicht in determinanten van gezondheid gaan mensen zelf bepalen welke vorm en inhoud hun gezondheidsvoorzieningen dienen te hebben. Bewustwording staat voorop.'¹⁴¹ Het is de vorm die in de meeste ex-koloniale landen als de beste voor de ontwikkelingslanden werd gepropageerd.

Door het grote aantal projecten dat onder de noemer PHC werd bedacht, uitgewerkt en uitgevoerd, werd het nog onduidelijker wat PHC nu eigenlijk in de praktijk inhield. Daar had in 1979 S.M. Rypkema, PHC-adept en lid van Medicus Mundi, in *Medisch Contact* al voor gewaarschuwd.

Sinds de WHO-conferentie in Alma Ata is de term 'Primary Health Care' bon-ton geworden en ingeburgerd. Het gevaar is groot dat een actie, met veel aplomb als iets nieuws gepredikt, een loze kreet wordt, een holle leuze van de epigonen van Mahler, zonder dat het moeizaam in de praktijk wordt toegepast.¹⁴²

In 1984 verzochtte in *Medicus Tropicus* een deelnemster aan een PHC-project in Colombia dat de projecten wereldwijd zoveel van elkaar verschilden dat 'PHC óf slecht gedefinieerd' was, 'óf dat men, om aan de "mode" (en financiering!) van PHC te kunnen meedoen, soms ten onrechte de naam PHC op programma's en projecten' plakte. Zij was van mening dat beide opties deels klopten. En dat er dus, zes jaar na Alma Ata, dringend behoefte was aan 'een aantal objectieve indicatoren' waarmee kon worden bepaald 'wat tot PHC activiteiten' behoorde, en 'wat het effect' was.¹⁴³ Positief effect was echter wel dat die internationale aandacht voor PHC, in welke vorm dan ook, een stimulerend effect had op de internationale, wetenschappelijke oriëntatie van de NVTG. Zo was er in april 1987 een interdisciplinaire conferentie in Genève over PHC in de tropen, georganiseerd door de Zwitserse en Oostenrijkse Verenigingen voor Tropische Geneeskunde en Parasitologie, de Duitse Vereniging voor Parasitologie en de Belgische, Duitse en Nederlandse Verenigingen voor Tropische Geneeskunde.¹⁴⁴

Tien jaar na de Alma Ata-conferentie, op een nieuwe conferentie te Harare die uitmondde in de Harare-declaratie 'on strengthening district health systems based on Primary Health Care', keek ook Mahler zelf naar de resultaten van PHC. Het was een strategie die in alle ontwikkelingslanden 'in een of andere vorm, op grote of kleine schaal [...] met zeer wisselend succes' werd toegepast. Struikelblokken waren bijvoorbeeld:

- de retorische benadering van Primary Health Care in te veel landen;
- financiële allocaties gaan te veel naar urbane, op ziekenhuis gebaseerde zorg;
- te veel prioriteit aan verticale ziektebestrijdingsprogramma's, gericht op ziektespecifieke mortaliteitsvermindering.

Het beeld dat Mahler schetste was niet rooskleurig. 'Een verslechterende economische situatie tussen en binnen de landen, nauwelijks verbeterde alfabetiseringsgraad voor vrouwen en een niet verbeterende toegankelijkheid tot gezondheidszorg van die groepen die het het hardst nodig hebben.'

Het was al met al geen wonder dat velen zich de vraag stelden hoe het nu verder moest

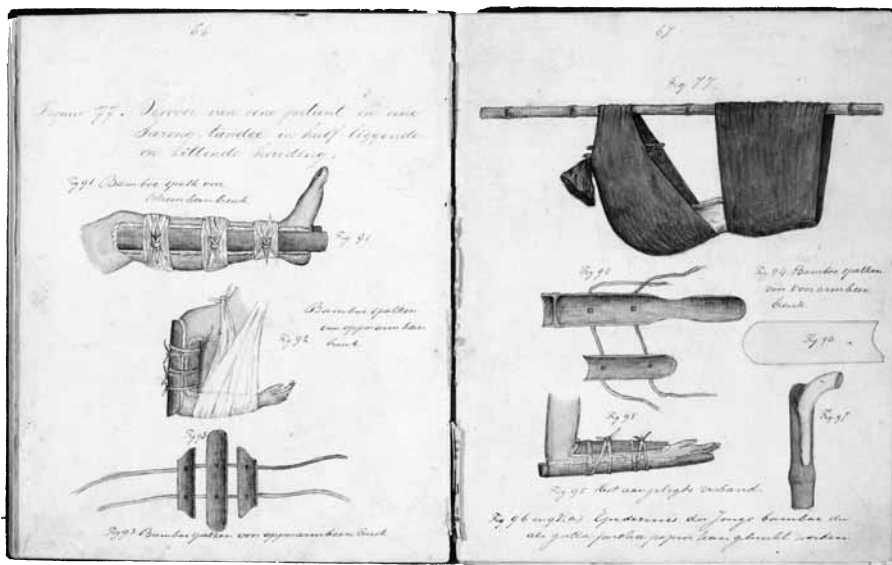
met PHC en het was dan ook hoogst noodzakelijk om te komen tot 'een heroriëntatie van tactieken, methodieken en procedures'.¹⁴⁵ Het nam niet weg dat de conferentie de PHC-aanpak nog steeds zag als het middel bij uitstek daartoe.¹⁴⁶ Maar met het dichterbij komen van het jaar 2000, de in Alma Ata gestelde einddatum voor *health for all*, sloeg de wanhoop soms toe. De mechanismen binnen de gezondheidszorgproblematiek van de ontwikkelingslanden vormden immers slechts een klein deel van de gehele gezondheidsproblematiek. Daarin was 'het Noorden' de partij 'met de macht en het geld als de grote verspillen en vervuiler' en 'het Zuiden' de partij 'met de bevolkingsgroei en de toenemende druk op de ecologische draagkracht van de omgeving'. 'Waar te beginnen als de problemen zo groot zijn', zo werd in 1992 in *Medicus Tropicus* verzucht.¹⁴⁷

Kritiek op de technologiekritiek

In de aanleiding voor de conferentie te Alma Ata – onvrede over de bestaande gezondheidszorg in zowel de onderontwikkelde als de ontwikkelde landen – klonk de echo van een maatschappijcriticus als Ivan Illich sterk door. De zorg bleef zowel kwantitatief als kwalitatief achter bij de maatschappelijke ontwikkelingen. Steeds meer mensen hadden volstrekt ontoereikende – of zelfs helemaal geen – gezondheidsvoorzieningen. Datgene wat geboden werd, paste vaak niet of nauwelijks bij de behoeften en noden van de bevolking.

Door de invloed van mensen als Illich ging de grotere aandacht voor PHC en *health for all* samen met een toename van kritiek op medisch-technologische oplossingen. Dat waren immers oplossingen die in de politieke en sociaal-economische omstandigheden van de ontwikkelingslanden vaak onmogelijk waren door te voeren, of voorbehouden bleven aan een kleine bovenlaag. Het waren ook curatieve oplossingen, terwijl de nadruk steeds meer op preventie kwam te liggen. De technologische ingrepen-tot-de-dood-er-na-veel-gehannes-uiteindelijk-toch-nog-op-volgt, vormden vaak weinig meer dan het uitstel van een natuurlijk sterven, en het begin van een lange lijdensweg. De *Medicus Tropicus*-redactie wilde zelfs het gehele december 1976-nummer aan de ideeën van Illich wijden. Maar doordat 'een aantal collegae die wij verzochten hun gedachten op papier te zetten [...] hun mandaat' hadden teruggegeven, bleef het bij twee bijdragen, die respectievelijk gematigd positief en zeer positief oordeelden. Vroeg de auteur van de eerste bijdrage zich nog af hoe de op zich juiste macro-ideeën van Illich toepasbaar waren op het microniveau van het eigen leven,¹⁴⁸ de ander blies zonder terughoudendheid de loftrumpet. Hij noemde het een grote verdienste van Illich dat hij 'ons' duidelijk had gemaakt dat landen die nog niet gedomineerd werden door het medisch bedrijf – zoals die in de Derde Wereld – 'het delen van lief en leed met elkaar' nog kenden. Dit weliswaar ook 'met alle medische ellende vandien, met lijden, verdriet en berusting', maar 'de gratie en majesteit waarmee deze mensen' daardoor konden leven, was iets 'waar eenieder van ons wel eens met bewondering van kennis genomen zal hebben'.¹⁴⁹

Maar als er dan een einde moest komen aan het zoeken van de antwoorden op medische problemen in almaar betere – en duurdere – technologie, dan betekende dat wel dat er andere antwoorden moesten worden gevonden. Instemmen met kritiek op een oude oplossing, betekent echter nog niet dat er ook automatisch wordt ingestemd met de nieuwe. Dat bleek bijvoorbeeld uit een artikel uit augustus 1976: 'How to apply technology: think twice before you answer' – alleen de titel was Engelstalig. De auteur, G.P.A. Joosten, in de jaren tachtig kortstondig bestuurslid namens de werkgroep Artsen met Tropenervaring,



Aangepaste technologie tijdens de Atjeh-oorlog (Fotocollectie Tropenmuseum)

nam deze titel zelf onmiddellijk op de hak door te openen met twee zinnen die aangaven dat bepaalde hedendaagse ergernissen al langer bestaan dan velen denken.

De bereidheid van ontwikkelde landen zich iets aan te trekken van het lot van de minder ontwikkelde komt tegenwoordig tot uiting in een veelheid aan mysterieuze afkortingen, modieuze vignetten en angelsaksische kreten, die op knappe wijze voor de oningewijde verhullen hoe weinig het eigenlijk allemaal voorstelt.¹⁵⁰

Opvallend was echter dat Joosten niet zozeer de *high tech* aanviel, zoals op dat moment meestal gebruikelijk, als wel het alternatieve antwoord dat daarop door 'een nieuw soort padvinders', de 'activisten en propagandisten van de Aangepaste Technologie' was geformuleerd. Druipend van sarcasme schreef hij:

Het opzetten van 'grootschalige' industrieën in de landen van de Derde Wereld – veelal alleen mogelijk met behulp van de know how en het kapitaal van Multi-Nationals – wordt door velen als zeer verderfelijk beschouwd omdat hiermee – over de ruggen van vele horden moderne inspraakloze slaven heen – kolonialistische uitbuiting wordt voortgezet en een rijke elite van lokale machthebbers in het zadel wordt gehouden. Nee, grootschaligheid is uit den boze! Kleine handige machientjes die met de hand, door windkracht of zonne-energie worden bewogen, moeten ontwikkeld worden. Gedemonstreerd worden vernuftige waterpompen van cement en hout en simpele installaties waarmee primitieve (maar wel bruikbare!) brillenglazen kunnen worden geslepen. Men is enthousiast en wil meer doen in deze richting. Alle Nederlandse Universiteiten hebben wel een of andere werkgroep die iets wil doen of meent iets te kunnen. Alles natuurlijk onder leiding van een Wetenschappelijk Medewerker vanwege de continuïteit.¹⁵¹

Maar wat stelde het nou allemaal voor? Werd er niet voornamelijk gebakken lucht verkocht? Hoe groot was het belang voor de Derde Wereld nou werkelijk? Joosten kon niet anders dan concluderen dat een 'vermaledijde kapitalistische fabrieksdirecteur met verouderde koloniale ideeën', die een fabriek in een ontwikkelingsland wilde opzetten en daarmee vijfduizend arbeidsplaatsen creëerde, toch echt nog een stuk belangrijker was voor de ontwikkeling van het land in kwestie en dat ook nog een hele tijd zou blijven. Aangepaste Technologie (AT) zou pas belangrijk worden als er een toestel werd ontwikkeld waarmee eveneens vijfduizend mensen op zonne-energie hun potje konden koken en als een van de aanhangers ervan erin zou slagen dat die mensen nog te laten doen ook. 'Pas dan mag hij met afkortingen, briefhoofden en vignetten gaan werken!' Kleinschaligheid was leuk, maar wilde de AT-enthousiasteling het stadium van padvinderij ontgroeien dan moest ook hij grootschalig gaan denken, simpelweg omdat de problemen waarvoor hij een oplossing zocht dat ook waren. En dat was niet het enige wat Joosten dwars zat.

Het lijkt er ook vaak op dat er een arrogant idee schuil gaat achter die propaganda voor Aangepaste Technologie. De verwachting namelijk dat wij westerlingen, uitsluitend gebruik makend van lokaal aanwezige materialen, in staat zouden zijn constructies te bedenken die in die arme inlandse hoofdes niet zijn opgekomen.¹⁵²

Joostens oordeel was dan ook hard.

Aangepaste Technologie als nieuwe kreet zoals die door sommigen in Nederland op dit moment als alternatieve oplossing voor de problemen van de ontwikkelingslanden, naar voren wordt gebracht is een aanfluiting van het gezond verstand en een belediging van onze minder bedeelde medemens.¹⁵³

Het was niet de Westerling die de technologie moest aandrazen, aangepast of niet-aangepast. De mensen uit de ontwikkelingslanden zelf moesten 'onze technologie aan hun omstandigheden' aanpassen 'op *hun* manier'. De ontwikkelde landen moesten de middelen aanreiken. Alleen zo kon het behouden van de culturele identiteit van die landen, waar de aanhangers van AT vaak mee schermde, enig succes hebben. Die cultuur moesten zij zelf (willen) behouden. Dat moest hen niet door anderen worden gezegd en voorgedaan.¹⁵⁴

Het was een artikel dat natuurlijk niet onweersproken kon blijven en in dat kader stelden zich in februari 1977 twee stichtingen voor die zich met het terrein van *applied technology* bezighielden. Dit deden zij in een nummer dat als geheel aan deze vorm van ontwikkelingshulp was gewijd, ondanks de 'niet overweldigende belangstelling voor een filosofische "special", zoals het Illich-nummer van afgelopen december'. Wellicht, zo hoopte de redactie van *Medicus Tropicus*, dat dit nummer de artsen wat meer zou aanspreken omdat het onderwerp praktischer van aard was.¹⁵⁵ Helaas werd het artikel van Joosten op zich nauwelijks geattaqueerd, al vond een van de schrijvers het jammer dat hij in al zijn zeer wel voorstelbare kritiek schijnbaar over het hoofd had gezien dat AT geen doel op zich was, maar 'een onderdeel van integrated rural development. We beseffen het: alweer een kreet.'¹⁵⁶

Primary Health Care en de Nederlandse politiek

De op wetenschap en onderwijs gerichte doelstelling van de beginperiode was met de rede van Oomen en de daaruit voortkomende CWT en BWT al verbreed met belangenbehartiging. Vanaf de jaren zeventig zou daar ook nog eens daadwerkelijke actie aan worden toegevoegd, door middel van protest tegen politiek niet gelukkig geachte ontwikkelingen en beleidsvoornemens. Ministers zou herhaaldelijk de les worden gelezen, een activiteit die voorheen beneden de waardigheid en strijdig met de beschaving werd geacht.

Eind 1977, kort voor Alma Ata dus, kwam PvdA'er Pronk, minister van Ontwikkelingssamenwerking van mei 1973 tot 19 december 1977 en van november 1989 tot augustus 1998, met zijn memorie van toelichting op het beleid dat hij in de volgende jaren wenste te gaan voeren. Financieel gezien was het uitgangspunt dat ieder jaar anderhalf procent van het netto nationaal inkomen zou worden besteed. Dit kwam toen neer op 3400 miljoen gulden, tien procent meer dan in dat jaar – 1977 – het geval was geweest. De vragen die moesten worden gesteld, waren dan natuurlijk hoe dat geld werd verdeeld, wat ermee werd gedaan en wat de resultaten waren. Degenen die de memorie in *Medicus Tropicus* bespraken, stelden tot hun ongenoegen vast dat het vooral de eerste twee vragen waren die erin aan bod kwamen. De Nederlandse ontwikkelingshulp zou worden verdeeld in diverse categorieën zoals bilaterale projecten en programmahulp, of onderzoek en onderwijs. Die bilaterale projecten zouden alleen ten goede komen aan Suriname en de zogenaamde concentratielanden, in casu: Bangladesh, Colombia, Cuba, Egypte, India, Indonesië, Jamaica, Kenia, Noord-Jemen, Opper-Volta, Pakistan, Peru, Soedan, Sri Lanka, Tanzania, Tunesië en Zambia.



Jan Pronk en Jarl Chabot (Foto WEMOS)

De derde vraag, de 'meest belangrijke ons inziens', bleef echter grotendeels buiten beschouwing. Dat was Pronk blijkbaar ook opgevallen, vandaar dat naast de inhoud van de hulpverlening ook 'de zorg om de *kwaliteit*' steeds werd benadrukt, 'waarmee dan gezegd is, dat deze beter kan...!' Bovendien was het een stuk dat – Joosten zal het ongetwijfeld hoofdschuddend hebben doorgenomen – gebukt ging onder vele afkortingen, waarvan de belangrijkste MOOL (Minst Ontwikkelde Ontwikkelingslanden) en MSA (*Most Seriously Affected* door de energiecrisis) waren. Men was pas een echte ontwikkelingswerker als men in een der MOOL zat, maar ook in een MSA was verdienenlijk werk te doen. Idealiter, zo schreven de schrijvers cynisch, 'arbeidt u in een MOOL cum MSA-land'.¹⁵⁷

In de tien jaar na Pronks memorie en de conferentie te Alma Ata zou PHC zich ontwikkelen tot de hoeksteen van het Nederlandse ontwikkelingsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg.¹⁵⁸ Dat leverde echter een probleem op, zoals bleek toen op 11 juli 1978 een gesprek plaats had tussen CDA'er J. de Koning, de nieuwe minister van Ontwikkelingssamenwerking, en de leden van de werkgroep ATNT. Ter voorbereiding had de werkgroep aan De Koning een memorandum gestuurd met een aantal aandachtspunten. De eerste twee luiden:

- Een verzoek tot formulering van de plaats die de medische ontwikkelingssamenwerking inneemt in het gehele kader van de ontwikkelingssamenwerking.
- Een reactie op de visie van de werkgroep ATNT dat uitzending van artsen of specialisten met ervaring in ontwikkelingslanden gestimuleerd dient te worden.¹⁵⁹

De Koning gaf met betrekking tot het eerste punt aan dat het pakket ontwikkelingsactiviteiten in Nederland soms wel een Winkel van Sinkel leek waar alles te koop was. Er waren daarom plannen om activiteiten te concentreren, maar 'medische activiteiten zullen hier zeker bijhoren'. Het tweede punt lag echter moeilijker. Zeker, het uitzenden van artsen met ervaring was van groot belang, maar omdat het totale budget niet zou stijgen, ging uitzending van meer ervaren artsen ten koste van uitzending van mensen die voor de eerste keer naar de tropen vertrokken. Dat zou de continuïteit in gevaar kunnen brengen. Bovendien was het de vraag of het zenden van specialisten wel in de huidige context paste. Specialistische geneeskunde paste immers wel in het oude programma van ziektebestrijding, maar behoorde niet tot de *primary health care*.¹⁶⁰

Joosten vond de toezeggingen te vaag om ze als positief of negatief te kunnen beoordelen. Meer concentratie op medische activiteiten riep immers de vraag op hoe De Koning dat wilde gaan doen, en dat gold ook voor de opvatting dat ervaring een groot goed is. Hoe wilde hij die ervaring dan concreet gaan gebruiken? Er was kortom behoefte aan 'een duidelijk antwoord, aan concrete plannen'.¹⁶¹

Maar Nederland had wat dat betreft een praktisch probleem. Het aantal instituten dat zich bezighield met medische ontwikkelingssamenwerking was groot, te groot. Vooral omdat tussen al die organisaties nauwelijks coördinatie was of samenwerking bestond. Het gevolg was dat de mensen die uitgezonden waren geen echt thuisfront hadden en defaitisme hoogtij vierde. 'Wat', zo verzuchtte Joosten, 'zou het niet heerlijk zijn als er weer eens wat autoritair door de minister zou worden opgetreden en hij alle instanties tot samenwerking zou dwingen op straffe van verlies van subsidie of erkenning'.¹⁶²

Ook de opvolgster van De Koning, Eegje Schoo, VVD-minister van Ontwikkelingssamenwerking van 1982 tot 1986, verweefde PHC in haar beleid, in casu in haar in 1986

verschenen beleidsnota. Daarin werd gesproken van 'het omvormen van de (para)-medische professie tot "managers van zorgsystemen"'. De algemene uitgangspunten daarvan waren structurele armoedebestrijding en optimalisering van de gezondheidszorgsystemen in de Derde Wereld. Health for all was de doelstelling. Daarvoor konden projecten en programma's worden ingediend die aan onder meer de volgende voorwaarden moesten voldoen.

- *De zorg richt zich op een maximale spreiding over de bevolking;*
- *De activiteiten zijn op de essentiële problematiek gericht; [...]*
- *De activiteiten worden in een voor de bevolking acceptabele vorm en met haar volledige medewerking uitgevoerd; [...]*
- *Speciale aandacht voor de gezondheid en participatie van vrouwen.*¹⁶³

Ondanks incidentele waarschuwingen tegen 'PHC-itis', was PHC het sleutelwoord voor medische ontwikkelingshulp geworden en was het uitzenden van specialisten iets geworden dat niet meer nastrevenswaardig was. Ook in het rapport van minister Pronk uit 1990 *Een Wereld van Verskil* was dat het geval. Ontwikkelingssamenwerking moest gericht zijn op duurzame armoedebestrijding. Medisch gezien stond PHC daarbij centraal.¹⁶⁴ De taak en de uitdaging van de NVTG werd daardoor het 'vinden van een goede balans tussen medische zorg en de professionele eerstelijnszorg'.¹⁶⁵

De opmerking in de beleidsnota van Schoo over het omvormen van medici tot zorgmanagers, geeft aan dat ook de wereld van de medische ontwikkelingshulp en -samenwerking niet ontkwam aan de vermanagering die zo kenmerkend is voor deze tijd. Indicator daarvoor – Joosten attaqueerde het al eens – is het spreken en schrijven in afkortingen en die als het even kan een Engelse betekenis hebben. Ook *Medicus Tropicus* ontkwam er niet aan dat gaandeweg steeds meer afkortingen hun intrede deden, zoals DALY (Disability Adjusted Life Year), LIC (Low Income Country) en EPI (Expanded Programme of Immunization). Vaak betekent meegaan met de terminologie ook meegaan met het gedachtegoed erachter, maar dat was hier niet zo. Veel van de uit politieke en bestuurlijke lagen afkomstige plannen konden op de nodige kritiek van de NVTG rekenen, en blijven rekenen.

Zo was men over het geheel gesproken weinig ingenomen met het rapport van de Wereldbank uit 1993 getiteld *World development report 1993: investing in health*. Dit rapport, natuurlijk kortweg WDR 93 genoemd, stelde voor om door middel van 'essential clinical and public health packages' 'de zieke op een zo eerlijk mogelijke wijze efficiënt te behandelen'. De mortaliteitsdaling die was bereikt in de afgelopen decennia, was namelijk 'inefficiënt' geweest en had bij efficiënter beleid groter kunnen zijn. Het leverde derhalve kritiek op PHC, maar ging hiermee, aldus een van de NVTG-critici, volledig voorbij 'aan het feit dat evenzo grote verbeteringen in gezondheid en sociale voorzieningen zijn bereikt in landen waarin ernstige en langdurige dalingen van het GDP [! Gross Domestic Product, LvB] optraden'.

*Hoe effectief bleek public health daar en werden niet eerder determinanten van ongezondheid (bijvoorbeeld verbeterd opleidingsniveau van vrouwen, voeding etc.) en de zorgstructuur aangevat om deze goede gezondheidstoestand te bereiken? Het WDR 93 verklaart gezondheid tot een 'commodity'; het wordt economisch geperverteerd en gaat vlotjes voorbij aan het grondrecht gezondheid waarvoor betaald dient te worden.*¹⁶⁶

De harde en kritische taal die 25 jaar eerder nog de vraag opriep of zij wel in het blad thuishoorde, was gemeengoed geworden. Het genadeloos attaqueren van een minister zou spoedig volgen. Iets dergelijks had Kuenen in het begin van de eeuw nog tot het voorstel gebracht een lezing van zijn Leidse collega Kan niet in de vergadernotulen op te nemen.

Een jaar na *Investing in health* verscheen het supplement, getiteld *Better health in Africa*. Er was waardering voor sommige aspecten ervan: aandacht voor de financiële en sociaal-economische kanten van duurzaamheid en voor het probleem van de 'imbalances of public spending', waarmee werd bedoeld dat ondanks vijftien jaar Alma Ata nog steeds onevenredig veel geld in ziekenhuizen werd gestopt.¹⁶⁷ Maar toch bleef de kritiek aanwezig. Zo wezen enkele medewerkers van het KIT, onder wie NVTG-voorzitter J. Chabot, erop dat de kritiek op de overmatige aandacht voor dure, op het individu gerichte klinische zorg, niet had geleid tot aandacht voor het belang van gezondheidszorg op dorpsniveau.¹⁶⁸

Fundamenteler echter was dat, in tegenstelling tot het met PHC te bereiken *health for all in 2000, better health in Africa* geen nieuw paradigma voor gezondheidsbeleid inhield. Het was daarentegen een 'economische (vrije markt mechanismen, diverse financieringsvormen) en organisatie (decentralisatie, privatisering) benadering van problemen in een gezondheidszorg die nog steeds op de PHC gedachte gestoeld is'.

Waar het in de kern om draait is: hoe kunnen deze economische trekpaarden (privatisering, vrije markt) getemd worden teneinde optimale kwaliteit bij lage kosten en toegankelijkheid voor iedereen te waarborgen? Dit vereist regulering en volwaardige marktpartijen (waaronder mondige consumenten organisaties): regeringen moeten 'leaner but meaner' worden. En daarbij zetten wij een groot vraagteken: overheidsstructuren in Africa zijn vaak zwak. In een aantal landen spreekt men zelfs van 'failed state'. In een dergelijke omgeving is een geregleerde markt een utopie: wat zal resten is een Wild West vrije markt van de sterksten.¹⁶⁹

Om iets aan die inkomensongelijkheid te doen lanceerde de niet aan de NVTG gelieerde Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) in 1997 een campagne voor kwijtschelding van de schuldenlast van derdewereldlanden. De NVTG ondersteunde de actie van harte, evenals organisaties als de KNMG, Memisa, Het Nederlandse Rode Kruis, Simavi en Artsen zonder Grenzen. De vereniging haalde daarvoor enkele woorden aan uit het *British Medical Journal* van 22 februari 1997: 'Artsen hebben de Nobelprijs voor de vrede gewonnen voor hun internationale campagne tegen kernwapens. Nu moet dezelfde professionele energie gericht worden op het bestrijden van de schade door armoede.'¹⁷⁰ De bestrijding van sociaal-economische factoren van armoede betekende ook het bestrijden van ongezondheid en was daarmee expliciet onderdeel van de taak van artsen geworden.

De NVTG wond zich flink op over de eisen die aan de Afrikaanse landen werden gesteld, zoals 'good governance', vaak gehoord in politieke kringen en de wereld van het bedrijfsleven. Niet dat die eis onterecht was, maar de eisers hadden wel vaak allerlei 'optieregelingen' die direct of indirect een rol speelden 'bij de wijdverbreide corruptie die alleen nog maar erger wordt in deze tijd van toenemende marginalisering van hele werelden, zoals Afrika'. De Afrikaanse elite was immers ook op de hoogte van al die regelingen die allerlei managers 'miljoenen guldens' opleverden, 'zonder dat ze daar een evenredige prestatie' voor hoefden te leveren. Die elite wilde dat dus ook en als het niet op een geoorloofde manier kon, dan moest het maar op een ongeoorloofde.

Het morele oordeel over dergelijke corruptie alsook over dergelijke optieregelingen is echter hetzelfde: dit kan nooit de bedoeling zijn van een beschaafde samenleving. Pas als wij in onze wereld dergelijke misstanden hebben uitgebannen, mag men realiter verwachten dat dit in de Derde Wereld ook niet meer voor zal komen. Als zo vaak, past ons hier slechts bescheidenheid.¹⁷¹

Was in het begin van de twintigste eeuw de Westerse samenleving nog de norm in algemeen wetenschappelijk, medisch en zedelijk opzicht, in de tweede helft van de twintigste eeuw werd de kritiek op die samenleving steeds groter. De gemiddelde Westerling zeurde over splinters in de ogen van Afrikanen, maar zag de balk in de eigen ogen niet. Een balk die ook nog eens vaak aan de oorspong van de splinter lag. Het was een ergernis die zich zou kanaliseren in de persoon van Eveline Herfkens, PvdA-minister van Ontwikkelingssamenwerking van medio 1998 tot medio 2002.

De mantra van Herfkens was: 'We hebben te veel landen en te veel thema's'.¹⁷² Dat was op zich iets waar best met de NVTG over te praten viel. Dat zij, zacht gezegd, niet de favoriete minister van de vereniging was, lag waarschijnlijk dan ook eerder aan haar stijl. Kenmerkend werd haar optreden in 1999 genoemd bij de viering van vijftig jaar Ontwikkelingssamenwerking. 'Toen de minister zelf het woord voerde, was dit ex cathedra en was er geen mogelijkheid haar vragen te stellen.' Zo'n vraag had bijvoorbeeld kunnen zijn: 'Als goed bestuur een criterium is voor "samenwerking", moet dit criterium dan ook niet gelden voor het "hulpgevend" land zelf?' Of iets persoonlijker: 'Waarom gelden regels van fatsoenlijk, goed bestuur wel voor de landen van de Derde Wereld 'en voor Herfkens niet?'¹⁷³

Het geeft aan dat er ook inhoudelijk gezien kritiek was.¹⁷⁴ De NVTG stemde in met Herfkens' opmerking dat 'good governance' niet te koop was en dat die er alleen kon komen als er ruim baan werd gegeven aan 'een veelheid aan maatschappelijke organisaties die, gesterkt door gelijkgestemde zusterorganisaties elders in de wereld, geen aanvulling' waren op de overheid, 'maar de maatschappij zelf'. Die maatschappelijke organisaties waren vaak cruciaal 'bij het afdwingen van "good governance" door de overheid'. Maar de vereniging zag te weinig terug van de daadwerkelijke wil daartoe, de wil die haar woorden zou kunnen omtoveren tot meer dan praatjes voor de vaak. En dus wenste zij de lokale 'grassroots organisaties' dan ook 'veel sterkte en succes toe in het nieuwe millennium'. Want: 'where the elephants fight, the grass gets trampled'.¹⁷⁵

Het neemt niet weg dat de NVTG verheugd was over het feit dat ook Herfkens erkende dat armoede en gezondheid nauw met elkaar verweven waren. Het was immers die erkenning die 'al decennia lang de belangrijkste motivatie voor de inzet en activiteiten van onze Vereniging' vormde. En zo had het nieuwe beleid wel meer positieve kanten. Maar het waren er niet genoeg om de zorgen weg te nemen. Zo vreesde de NVTG dat de nieuwe programmafinanciering tot gevolg zou hebben dat er hiaten zouden vallen in het gezondheidsprogramma in de ontwikkelingslanden. Daarvan zouden juist de meest kwetsbaren 'weer' de dupe worden. Ook vreesde de vereniging de gevolgen van de beleidsaannamen dat technische assistentie voor gezondheidszorg een lage prioriteit moest krijgen, en dat uitzending voor het vervullen van vacatures snel moest worden verminderd. Dit zou volgens de vereniging desastreus kunnen uitwerken op de basisgezondheidszorg en daarmee ook op de armoedebestrijding. Dit temeer omdat de tekorten en dus het aantal onvervulbare vacatures voorlopig alleen maar groter zouden worden 'door de bevolkingstoename, de gevolgen van de hiv/aids-epidemie en de zuigkracht van betere salariering in het buitenland'.¹⁷⁶

Al met al kwam het niet als een verrassing dat Chabot – in zijn afscheidsrede als voorzitter van de NVTG op 24 maart 2000 – de tanende belangstelling in politiek Den Haag voor ontwikkelingssamenwerking en met name medische ontwikkelingsamenwerking aan de kaak stelde, en daarbij zijn ergernis over minister Herfkens de vrije loop liet.

Onze minister heeft in de afgelopen twee jaar blijk gegeven geen behoefte te hebben aan discussie met de op dit terrein actieve organisaties ('Het middenveld'). Zij beslist, maar laat zich daarbij weinig door haar ambtenaren, laat staan door ons, informeren. [...] Waar de vorige minister van OS [Pronk, LvB] de NVTG bij het 90-jarig bestaan uitnodigde om met hem over prioriteiten, inzet en onderzoek te praten, heeft deze minister, ons te verstaan gegeven daar geen behoefte aan te hebben en werden wij naar de betrokken ambtenaren doorverwezen.¹⁷⁷

De achtergrond van deze ergernis was echter niet zozeer persoonlijk of beleidsmatig, maar ideologisch van aard. Zo werd in 2001 door medisch-historica Godelieve van Heteren, lid van de werkgroep geschiedenis Tropische Geneeskunde en korte tijd later Tweede-Kamerlid voor de PvdA, een tweedeling ontwaard in de strijd met haar partijgenote Herfkens. Die ging uit van een macro-economisch geïnspireerde ideologie. Dit in tegenstelling tot de 'sociale ideologie van niet-gouvernementele maatschappelijke organisaties die streven naar sociale relaties met derde wereld partners waarin intermenselijkheid, solidariteit en maatschappelijk draagvlak centraal staan'.¹⁷⁸

Die goede, oude tijd

Maar de opvattingen van Herfkens reflecteerden nu eenmaal de nieuwe tijdgeest. De *age of aquarius* was voorbij. De verbeelding had reeds lang de macht verloren en in de jaren negentig was ook de PvdA in de klauwen geraakt van het nieuwe geloof: het neo-liberalisme en het vrije-marktdenken. De jaren zestig en zeventig werden daardoor voor sommige leden van de NVTG jaren van nostalgie. Zo was in *Medicus Tropicus* het relaas van een medewerker van de werkgroep Gezondheid en Ontwikkeling te lezen waarin hij schreef dat bij herlezing van de verklaring van Alma Ata enkele zaken opvielen.

Ten eerste, het optimisme en de ambitie van de verklaring: de nieuwe economische orde en de wereldvrede worden er bijgehaald, zelfs ontwapening. Zouden op dit moment alle landen opnieuw hun handtekening hieronder zetten? [...]
Ten tweede, de alomvattendheid van wat men toen als Primary Health Care beschouwde: schoon drinkwater, voeding, 'sanitation', plus allerlei aspecten van zorg en preventie, waaronder moeder- en kindzorg, Family Planning (sic), immunisatie en nog veel meer. In veel landen is het begrip Primary Health Care inmiddels gereduceerd tot eerste lijns gezondheidszorg of basis gezondheidszorg. Dat was nog net te betalen.¹⁷⁹

Ook het artikel dat voorzitter Chabot publiceerde ter gelegenheid van het 90-jarig bestaan, werd gekenmerkt door een zekere nostalgie. Chabot moet misschien wel de verpersoonlijking binnen de NVTG worden genoemd van de artsen die omstreeks 1970 de gelederen

van de vereniging gingen versterken. Hij was een van de *angry young men* in de Nederlandse medische wereld van de jaren zeventig. In 1975 vertrok hij als arts van het communistische Medisch Komitee Angola (MKA) naar de noordelijke provincie Cabinda, waar hij en zijn collega's naar eigen zeggen een soort Artsen zonder Grenzen avant-la-lettre vormden. Dit echter meer ondanks dan dankzij het MKA. Voorbereiding was er niet geweest en ondersteuning ter plekke ontbrak. Het MKA had zich louter verantwoordelijk gevoeld 'voor onze "politieke zuiverheid"' en stuurde de complete werken van Lenin naar ons toe'. Veel teleurstelling in de linkse comités dus, maar niet in achterliggende analyse. De ongelijkheid tussen Noord en Zuid was en bleef 'niet vanzelfsprekend', zo zei hij bij zijn afscheid als voorzitter in 2002, toen hij tevens tot erelid werd benoemd. 'Die is deels gemaakt, voor een groot deel door onze eigen samenleving. Historisch kunnen we dat niet ontkennen.'¹⁸⁰

In zijn artikel wees Chabot erop dat steeds vaker de vraag werd gesteld of de landen in de derde wereld 'ons' nog wel wilden hebben, en als het antwoord toch 'ja' luidde, hoe dan? 'Hulp', zo schreef hij, was samenwerking geworden 'en vanaf het moment dat de Nederlandse expertise door nationale collega's kan worden uitgevoerd' was 'er voor de Nederlandse tropenartsen geen plaats meer.' Het leek er volgens hem hierdoor veel op dat er zich na de dekolonisatie, nu een tweede cesuur in de geschiedenis van de Nederlandse tropenartsen afspeelde.¹⁸¹ Maar is hier wel sprake van een cesuur, zoals na de dekolonisatie? Toen moest er immers grotendeels ongewenst en min of meer plotsklaps een nieuwe invulling aan het beroep van tropenarts worden gegeven. Toen moest er zowel figuurlijk als letterlijk een nieuwe plek voor hem worden gezocht. De 'breuk' die Chabot hier schetst lijkt toch meer het logische gevolg van de vanaf de jaren zestig ingezette ontwikkeling. Hooguit is, door het vertrek van de Nederlandse artsen en gezondheidswerkers op het moment dat hun lokale collega's het kunnen overnemen, de wereld nog meer een hotel voor hen geworden dan die al was. Hooguit zijn zij hierdoor nog sterker deel gaan uitmaken van de *international health* dan ook daarvoor al de wens en het geval was. Niet louter ideologisch en inhoudelijk, maar ook daadwerkelijk.

De wereld leeft niet bij Primary Health Care alleen

Die nostalgie naar de bevolegenheid van de jaren voor en rond Alma Ata betekent niet dat de NVTG vanaf dat moment al haar kaarten op PHC was gaan zetten. De NVTG was van oudsher een vereniging van artsen die ziekten wilden bestrijden en dat karakter is nooit geheel verdwenen. Er bestond dan ook frictie tussen de opvattingen van de NVTG – hoezeer die ook PHC in het hart had gesloten – en de politieke en links-ideologische aandacht voor PHC en de specialisme-vijandige invulling daarvan. Natuurlijk moest er veel aandacht gaan naar de sociaal-economische voorwaarden voor het bereiken van een betere gezondheid. Maar dat mocht niet ten koste gaan van de zorg in het hier en nu en het bestrijden van ziekten die op dat moment voor lijden en sterven zorgden.

Zo waren er midden jaren zeventig maar liefst zes ziekten die in geheel Afrika endemisch waren en vooral bestrijding nodig hadden. Al was het maar omdat die ziekten niet alleen persoonlijke, maar ook grote sociaal-economische schade aanrichtten en daarmee de gezondheid(szorg) weer schaadden. Het ging om malaria (waarvan de bestrijding zo teleurstellend verliep dat, zo schreef Kranendonk in een rapport, het succes van de pokkenbestrijding erdoor teniet werd gedaan), schistosomiasis, filariasis, leishmaniasis, lepra en slaapziekte. Geschat werd dat alleen al door slaapziekte ongeveer zes miljoen vierkante

kilometer vruchtbaar land in Afrika braak bleef liggen.¹⁸²

De toenemende aandacht voor PHC leidde er aanvankelijk toe dat sommige leden van de NVTG hun taak als minder belangrijk gingen ervaren. Algemene gezondheidszorg was immers iets heel anders als medische zorg, de zorg waar zij zich tot dan toe op hadden gericht. Gezondheid was onderwijs, landbouw, ontwikkeling, afvalverwerking en ook een beetje medische hulp, waarbij het echte probleem was al die onderlinge facetten op elkaar af te stemmen en bij elkaar te brengen. Artsen konden 'hoogstens proberen een steentje bij te dragen en dan nog alleen in samenwerking met en mede dank zij anderen. [...] Met medische bekwaamheid alleen komt men niet ver', zo schreef de redactie van *Medicus Tropicus* in oktober 1981.¹⁸³

Door de aandacht voor PHC verdween de discussie over zaken als medische zorg gericht op genezing versus preventie, en het wel of niet uitzenden van specialisten dan ook niet, maar werd juist voortgezet. Dit bleek bijvoorbeeld in november 1981 tijdens een met 650 deelnemers drukbezocht congres van de WEMOS aan de Universiteit van Amsterdam over 'Gezondheid en politiek in de ontwikkelingslanden'; een congres waar in *Medicus Tropicus* ruim aandacht aan werd besteed. De onderwerpen waren vrouwen en gezondheidszorg in de derde wereld, revalidatie in ontwikkelingslanden, WHO-aanbevelingen inzake babyvoeding, gezondheidszorg als praxis van bevrijding, het beleid van de Nederlandse ontwikkelingshulp, en tot slot gezondheid en politiek. Hoewel enkele onderwerpen expliciet politiek van aard waren, waren er deelnemers die vonden dat 'de discussie over politieke aspecten wat op de achtergrond' was gebleven. Dat waren met name de wat jongere. 'Zoals de vraag: welke macht vertegenwoordigt een ontwikkelingswerker? Welke ideologische en sociaal-economische invloeden neemt hij of zij bedoeld of onbedoeld mee?'¹⁸⁴

Het congres was de eerste grote activiteit van de WEMOS, die in 1979 was opgericht door een aantal studenten medicijnen van de Vrije Universiteit. Zij hadden zichzelf de vraag gesteld of je wel naar ontwikkelingslanden kon gaan als je flinke kritiek had op het Nederlandse (medische) ontwikkelingsbeleid. Het congres zou de WEMOS geen windeieren leggen. Oprichter Willem Bannenberg zei erover:

*We vonden dat het beleid in Nederland anders moest en we waren niet de enigen. Er was zo veel belangstelling dat we lootjes moesten trekken. We hadden internationale gasten zoals professor Vincente Navarro uit de Verenigde Staten, professor Lesley Doyle uit Groot-Brittannië, en bekende sprekers uit Nederland waaronder coryfeeën Vincent van Amelsfoort en Frits Muller. Er waren die dag vijftig werkgroepjes waarin werd gesproken over hoe het anders moest. Na het congres werden we een professionele actiegroep, met kantoorsubsidie en stafmedewerkers. Toen is Wemos gaan groeien.*¹⁸⁵

Vrijwel iedereen was het er tijdens het congres over eens 'dat ziekte en gezondheid in de derde wereld overwegend een politiek en sociaal-economisch probleem' was 'dat niet door medische oplossingen alleen' kon worden verholpen. Maar over de vraag welke consequenties dat had, liepen de meningen mijlenver uiteen. Zo legde Joosten 'de nadruk op de noodzaak om ervaren medisch kader, dat ook veel management-kwaliteit bezat, 'naar de derde wereld te zenden'. De ook aanwezige Ivan Wolffers echter achtte 'uitzending van artsen in principe uit den boze'. Volgens hem namen die 'een wezensvreemde gezondheidszorg mee [...] die binnen de bestaande verhoudingen in de derde wereld een versterking van de machtspositie van de heersende klasse' tot gevolg zou hebben. Hij kwam hier weer op



Het Wemos-congres 1981 (Foto WEMOS)

terug toen het onderwerp 'community development' werd besproken. Dat was een contradictio in terminis, zo hield hij de zaal voor. Er bestond immers niet zoiets als een 'community'. Er was slechts 'een keiharde samenleving waarin bezitters tegenover een klasse van onderdrukten' stonden.¹⁸⁶

Maar deze verschillen van inzicht konden niet verhinderen dat een door WEMOS opgestelde resolutie door het congres werd aanvaard. Aanvaarding hiervan betekende dan ook dat alle energie in het PHC-concept gestoken zou worden, en dat de vereniging definitief iedere politieke neutraliteit moest laten varen. In de resolutie werd namelijk onder meer verklaard:

- *Medische ontwikkelingssamenwerking kan alleen enig effect sorteren als het een onderdeel is van algeheel beleid dat gericht is op het veranderen van sociaal-economische en politieke factoren. Deze factoren vormen, veel meer dan medische factoren, de oorzaken voor de schrijnend slechte gezondheidssituatie van zeer veel mensen in de derde wereld. [...]*
- *Alle instellingen die zich bewegen op het terrein van de medische ontwikkelingssamenwerking dienen politiek stelling te nemen tegen alle ziekmakende factoren ten opzichte van de derde wereld, maar met name ook tegen zodanige invloeden vanuit Nederland.*¹⁸⁷

Gilles de Wildt, lid van WEMOS en een van de jonge, politiek *angehauchte* honden, schreef voor *Medicus Tropicus* een congresverslag. Hij was teleurgesteld dat nauwelijks kon worden aangegeven hoe je bepaalde zaken kon evalueren. Hoe werd beleid bijgesteld? Welke waarde kregen sociaal-economische en politieke factoren bij de evaluatie? Duidelijke antwoorden bleven achterwege, ook toen een van de leden van WEMOS twee rapporten had aangehaald uit 1977 van Emanuel de Kadt, *Government health aid from the Netherlands*, en Susan Cole-King, *Dutch voluntary agency health aid*. Deze studies waren nota bene geschreven in opdracht van de universiteit van Sussex. Voor het eerst werd hierin de gehele Nederlandse ontwikkelingssamenwerking geanalyseerd. Desondanks hebben deze studies maar weinig invloed gehad op het beleid van de Nederlandse overheid of van particuliere organisaties. Zo gaf tot verbazing en teleurstelling van De Wildt een van de deelnemers van ICCO – interkerkelijke organisatie voor ontwikkelingssamenwerking – toe dat haar organisatie die rapporten wel had gezien, maar er niets mee had gedaan.¹⁸⁸

Het verslag van De Wildt bleef echter niet onweersproken. In een open brief aan hem werd duidelijk dat weliswaar vrijwel iedereen de stelling had onderschreven dat ziekten en gezondheid een sociaal en economisch probleem waren, maar niet helemaal iedereen. En, zo bleek al snel, onder hen niet de minsten van de NVTG. S. Franken vond het maar een onduidelijke stelling, vooral door de toevoeging dat dit probleem ‘niet door louter medische oplossingen kon worden verholpen’. Maar liet men die toevoeging even weg dan schreeuwde de stelling eerder om een ‘nee’ dan om een ‘ja’. Natuurlijk: ziekte en gezondheid *hingen samen* met sociale en economische problematiek. Maar ze een sociaal en economisch probleem noemen, was ‘een ontoelaatbare versimpeling’. Dat zou namelijk betekenen dat met het oplossen van de sociale en economische problematiek ook meteen de gezondheidsproblematiek zou zijn opgelost, gesteld dat dat mogelijk was. Niets was minder waar. En dat was ook het probleem met de stellingen. Je kunt van alles stellen, maar het achterliggende probleem is daarmee niet opgelost. Daarvoor was simpele, persoonlijke verantwoordelijkheid nodig en hoe hoger de persoon in de hiërarchie hoe groter die verantwoordelijkheid. Franken moest dus van de marxistische tweedeling van Wolffers niet veel hebben, wat ook blijkt uit zijn slotzin dat het hem te ver ging ‘alles af te hakken wat niet op het nieuwe procrustusbed’ paste.¹⁸⁹

Nu was Franken nauwelijks een prominent lid van de vereniging te noemen, maar dat gold niet voor Voorhoeve, de man die in 1982 de voorzittershamer van J.J. Laarman had overgenomen en als eerste niet-hoogleraar in 1993 tot erelid werd benoemd.¹⁹⁰ 1982 was het jaar geweest van het 75-jarig bestaan. In de vijftien jaar die waren verstreken sinds het zestigjarig bestaan was de vereniging gegroeid van 561 naar 838 leden. Dat was ‘een aanwas’, zo schreef Laarman, ‘die vrijwel geheel voortkomt uit de gelederen van de niet-ophoudende stroom jonge tropenartsen’. Dat was natuurlijk mooi, maar het stemde wel tot

nadenken dat het aantal leden dat echt in het buitenland actief was, nauwelijks was meegroeid: van 234 in 1967 tot 255 in 1982.¹⁹¹ Ook inhoudelijk en qua organisatie was er het een en ander veranderd. Er waren natuurlijk enkele puur interne zaken aan te wijzen, zoals het starten medio jaren zeventig van de Swellengrebel-lezingen, om de vier jaar te houden. Maar ook beleidsmatig waren er belangrijke veranderingen geweest, waarbij Laarman wees op de aandacht voor PHC.¹⁹²

Ook Voorhoeve schreef een artikel ter herdenking van het 75-jarig bestaan. Daarin ging hij in op de omslag die de NVTG had gemaakt, en ook hij verbond die omslag expliciet aan PHC en Alma Ata. Maar die omslag moest niet als een breuk met het verleden worden gezien, maar als een aanvulling erop. Het benadrukken van PHC leek 'voor velen in tegenspraak met de vraag naar specialistische hulp', bijvoorbeeld in het kader van de SANO en georganiseerd in de ATNT. Maar de 'terechte noodzaak om de eerstelijns gezondheidszorg te versterken' werd 'ten onrechte [...] als argument gebruikt om geen medisch specialisten uit te zenden'.¹⁹³ Sinds Oomens rede over de problemen van de tropenarts die door het ontbreken van koloniën niet meer voor jaren richting de evenaar kon, was wel degelijk nog steeds behoefte aan specialisten. En er waren ook specialisten die nogmaals of zelfs meerdere keren terugwilden. Van de andere kant werd door de PHC de zin van het zenden van Nederlandse artsen naar de tropen herhaaldelijk openlijk betwijfeld. Ook werd 'door velen buiten de NVTG letterlijk geschreeuwd om een beleid ten aanzien van de medische ontwikkelingssamenwerking'. Voorhoeve verwees daarbij naar de WEMOS.

Met jeugdig enthousiasme en overmoed wordt daarbij niet verder gekeken en een lippen-dienst bewezen aan de nog opgaande zon van de primary health care. Zijn medisch-specialistische hulpverlening en eerstelijns gezondheidszorg werkelijk met elkaar in tegenspraak? Ik meen van niet, net zo min als de begrippen preventief en curatief dat zijn. Beiden zijn complementair.¹⁹⁴

Voorhoeve sloot zich dan ook volledig aan bij een specialist die in zijn verslag van een reis door Ghana, Zambia en Lesotho had geschreven dat specialistische hulp en PHC zinloos waren zonder elkaar. 'Preventieve gezondheidszorg slaat nergens aan, waar nog geen curatieve zorg bestaat en curatieve zorg blijft het vullen van een bodemloos vat zonder preventieve zorg'.¹⁹⁵

Voorhoeve en de zijnen hoefden hun strijd tegen een te eenzijdige gerichtheid op PHC niet alleen te strijden. Ze konden refereren aan iemand met internationaal aanzien: in een toespraak tot de Medical Missionaries of Mary had president Julius Nyerere van Tanzania laten weten dat er een gevaar schuilde in een te grote nadruk op basisgezondheidszorg. Er waren al mensen die beweerden ziekenhuizen maar een onnodige luxe te vinden voor arme landen. Artsen en verpleegkundigen begonnen zich te verontschuldigen omdat ze in een stadshospitaal werkten in plaats van in een hut in een afgelegen dorp. 'I want to suggest to you that "fashions" in development are just as dangerous as the unthinking adherence to old traditions'.¹⁹⁶

Ondanks de grotere aandacht voor algemene gezondheidszorg in plaats van geneeskunde, en sociaal-economische antwoorden in plaats van medische, heeft de NVTG nooit tussen deze twee richtingen gekozen of willen kiezen. Altijd bleef ze het aanvullende karakter van beide onderstrepen. Er was een uitermate belangrijk nieuw aspect bijgekomen, maar de band met het verleden mocht niet worden en zou ook nooit worden doorsgesneden.

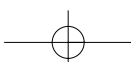
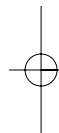
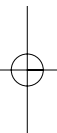
Primary Health Care als bezuinigingsmiddel

Maar hoezeer de vereniging ook het belang van directe medische hulp bleef benadrukken, de tendens meer aandacht te besteden aan internationale gezondheidszorg was onmiskenbaar, onoverkomelijk, onomkeerbaar en onherroepelijk. Door de niet-aflatende discussie over klinieken enerzijds en *public health* en epidemiologie anderzijds, ook bij de meer specialistisch ingestelde werkgroepen, voelden haar leden zich niet meer in de hoek van de ouderwetse pleister-plakkers gedrukt. Dat had een weldadige invloed op de vereniging. Volgens de schrijver van de column 'Aan de Noordzijde van de Keerkring' in *Medicus Tropicus*, bleek dit bijvoorbeeld tijdens de werkgroependag van 1991. Die werd druk bezocht door een rijk geschakeerd publiek en de discussies waren (dus) levendig. De 'konklusie' kon niet anders zijn dan: 'de NVTG leeft weer'. En dat werd alleen maar versterkt door de komst van allerlei mensen uit Afrika, Zuid-Amerika en Azië.¹⁹⁷ Het zou de NVTG overigens niet beletten enkele maanden later samen met Memisa Medicus Mundi een studiedag te organiseren met de toch nauwelijks optimistisch te noemen titel: 'De Nederlandse tropenarts: een bedreigde soort?'¹⁹⁸

De uitkomst van al die discussies was dat de NVTG van mening was en bleef dat 'hulp helpt'. Dit tegen de 'heersende trend in, waarin kameergeleerden en doemdenkers ons proberen te overtuigen van de onzin van hulp of samenwerking',¹⁹⁹ waarbij zeker aan iemand als Wolffers zal zijn gedacht. Die was immers van mening dat gezondheid in ontwikkelingslanden niet verbeterde 'door een goede (westerse) gezondheidszorg' en dat 'een blanke arts in een ontwikkelingsland [...] maar een onhandig ding' was.²⁰⁰ Dit zou althans kunnen worden geconcludeerd uit een opmerking van Joosten dat er niets af te dingen was op het wel vaker gehoorde geluid dat de toekomstige rol van Nederlandse artsen in de tropen beperkt zou zijn. Dat kon namelijk niet anders, omdat het aantal Nederlandse artsen dat voldoende gemotiveerd en opgeleid was om in de tropen te werken en ook nog in de positie verkeerde om dat te gaan doen, klein was. En ook op de altijd weer door 'onze goeroe' Wolffers herhaalde woorden dat uitgezonden artsen en andere gezondheidswerkers de gezondheidsproblemen van arme ontwikkelingslanden niet oplossen, kon een wat cynische Joosten niet anders dan instemmend reageren. Ook dat was echter een open deur. Het twintigtal Nederlandse artsen in Zambia of Tanzania deed namelijk helemaal niet aan 'oplossen', kón ook helemaal niet aan oplossen doen. Dat wilde echter nog niet zeggen dat het geld dat aan hen werd uitgegeven, dus op een betere manier kon worden besteed. En misschien was dat wel het grootste probleem van de postkoloniale medische ontwikkelingshulp. Velen geloofden en geloven dat er een heldere oplossing was voor de immense problemen van armoede, ongelijkheid en onrechtvaardigheid in die landen. Dat, helaas, was niet het geval.²⁰¹

Maar het ongenoegen hield aan. Na de millenniumwisseling ging ook de politiek oproepen tot vermindering van het aantal Nederlandse artsen in ontwikkelingslanden. Dit onder verwijzing naar PHC en naar de door iemand als Wolffers – toch niet bepaald een vriend van het toenmalige, conservatieve kabinet-Balkenende – gepropageerde terugtrekking van Westerse artsen uit Afrika. *for all* verwerd zodoende van een ideaal tot een bezuinigingsmiddel. Daarom nam de NVTG de toevlucht tot een beproefde tactiek: de epidemie die direct medische hulp noodzakelijk maakte en niet kon wachten op de lange- termijn effecten van het *health for all*-concept. Ze vond het noodzakelijk om PHC te blijven ondersteunen door 'puur' medisch werk, maar wilde ook dat armoedebestrijding en op genezing gericht werken samengingen. In zijn afscheidsrede als NVTG-voorzitter, 19 maart 2004, zei Costijn van der Does dan ook:

De bittere pil die men ons thans door de strot tracht te duwen en die suggereert dat ondanks de grote objectiveerbare nood, er geen tropendokters in welke klinische, adviserende of begeleidende functie dan ook nodig zijn, is pertinent onwaar. Alleen al de alles overstijgende pandemie van hiv/aids noodzaakt een inzet op meer fronten zoals organisatie van verstrekking van retrovirale therapieën, alsook van klinische zorg om het lijden te verlichten voor hen die ver heen zijn of deze therapie niet deelachtig kunnen worden.²⁰²



5 Nieuw type gezondheidswerker

Een tijd van bezuiniging

De bezuinigingen hadden de NVTG al eerder en op meer terreinen parten gespeeld. Zo vond in 1988, precies vijftig jaar na de vorige keer, het twaalfde internationale congres voor tropische geneeskunde en malaria plaats in Nederland. Er was veel werk gaan zitten in het zoeken naar financiën om zoveel mogelijk vertegenwoordigers uit de tropische landen zelf in staat te stellen het congres bij te wonen. Een groot verschil met het congres van voor de oorlog, dat toch voornamelijk een onderonsje was geweest van artsen afkomstig uit de koloniale mogendheden. Voldoende geld bemachtigen was geen sinecure geweest in die karige jaren tachtig, de jaren waarin schraalhans keukenmeester was, zeker op het gebied van de wetenschap. Een van de redenen waarom de vereniging zich de enorme rompslomp van het voorbereidende werk op de hals had gehaald was, aldus A.M. Polderman van het organiserend comité, dan ook nationaal van aard.

In een tijd waarin bezuinigingen ons allen raken en waarin universiteiten het hemd nader is dan de rok, is het [organiseren van een dergelijk groot congres] een goede gelegenheid de diverse instanties te tonen in welke mate Nederland nog steeds een belangrijke rol speelt op het gebied van de tropische geneeskunde.²⁰³

Het congres duurde een week en werd gehouden in het RAI-gebouw te Amsterdam. Er namen ruim 1700 mensen deel uit 110 landen. Maar het werd nauwelijks opgemerkt door de media. Daardoor was het 'een wereldcongres voor de kenners, enthousiastelingen en intimi en ging grotendeels voorbij aan het Nederlandse volk, dat best had mogen horen en zien hoe nauw onze banden met de tropische geneeskunde nog zijn'. 'Maar voor de kenners was het één groot feest. Niet alleen een week van ontmoetingen, gezelligheid en ontmoeting, maar ook een week van gedegen wetenschappelijke kennisoverdracht.'²⁰⁴

Die laatste constatering werd echter in één adem gerelativeerd met de opmerking dat de voordrachten niet louter briljant waren. Er waren er – volgens de Utrechtse kinderarts T.W.J. Schulpens die in *Medicus Tropicus* over het congres verslag deed – ook die niets anders waren dan een 'in slecht Engels voorgelezen saaie opsomming'. Maar dat nam niet weg dat 'samenvattend' kon worden gesteld 'dat het congres een groot succes' was geweest en dat de organisatoren terug konden zien 'op een voortreffelijke week' met veel vruchtbaar 'wandelingenwerk'. Daar konden ook de 'hoge prijzen van het matig bereide voedsel' in de verder door iedereen geroemde accommodatie, niets meer aan veranderen.²⁰⁵

De bezuinigingen van de jaren tachtig speelden ook een rol toen eind jaren tachtig in een aantal discussieavonden in samenwerking met de BOW-MOS,²⁰⁶ werd teruggekeken op de dertig jaren die sinds de rede van Oomen waren verstreken. Zowel statutair als in de praktijk was er nogal wat veranderd, zoals de instelling van de werkgroepen. De vereniging

hield zich al een tijd op allerlei manieren bezig met de belangenbehartiging van haar leden, in plaats van uitsluitend met de ondersteuning van wetenschappelijk werk. Dat zou ze ook blijven doen. Maar het wetenschappelijke werk bleef van groot belang, aldus de nieuwe voorzitter Henk Bijlmer namens het bestuur. En dat gold juist in deze tijden van bezuiniging.

Voor die leden die als expert en/of als wetenschapper werkzaam zijn op een gebied van de Tropische gezondheidszorg is de ondersteuning van het werk op wetenschappelijk niveau van het grootste belang. Zij vertegenwoordigen Nederland op het internationale podium of onderhouden de wetenschappelijke reputatie die Nederland heeft in de Tropische Gezondheidszorg in het buitenland.²⁰⁷

De hiv/aids-epidemie

Juist in de tijd dat PHC aan een gestadige opmars bezig was had een nieuwe speler het wereldwijde veld van ziekte en gezondheid betreden. Het was een ziekte die de tropische geneeskunde in de decennia erna zou gaan beheersen: de hiv/aids-epidemie. Ondanks de nadruk op basisbehoeften en maatschappelijke randvoorwaarden voor gezondheid, zou het bestrijden en vermijden van één bepaalde ziekte weer als vanouds de discussie gaan meebepalen. Ironisch genoeg was dit dus een ontwikkeling die de NVTG, met haar nadruk op gezondheidszorg én ziektebestrijding, in zekere zin goed uitkwam. Met vooruitziende blik schreef een internist van het AMC eind 1986 in *Medicus Tropicus*:

Binnen enkele jaren zal ziekte als gevolg van het HIV misschien wel het belangrijkste gezondheidsprobleem van vrijwel de gehele volwassen bevolking van tropisch Afrika zijn.²⁰⁸

Hij had gelijk. Hiv/aids heeft de aandacht voor alle andere tropische ziekten, zoals malaria of slaapziekte, naar de achtergrond gedrongen. De epidemie is een groot medisch probleem in de ontwikkelingslanden en zal dat ook nog wel een tijdje blijven, met desastreuze effecten op velerlei gebied. Alleen al, zoals Joosten aangaf in april 1994 in *Medisch Contact*, omdat het een slachting aanrichtte onder 'goed opgeleide jonge volwassenen, van wie die landen [in Afrika] het nu juist moeten hebben bij de opbouw van hun economie, hun infrastructuur, hun onderwijs en hun bestuursvorm'.²⁰⁹ Met andere woorden: niet alleen voor de directe slachtoffers, maar ook voor PHC was (en is) hiv/aids een ramp. Bovendien bracht de epidemie de Nijmeegse medische faculteit er in 1994 toe de vraag te stellen of uitzending van artsen naar de tropen nog wel verantwoord was.²¹⁰ Het antwoord bleef weliswaar 'ja', maar het is duidelijk dat de epidemie ook als een gevaar voor de artsen werd beschouwd, en daarmee ook de voortzetting van de aloude directe medische hulp in de tropen bemoeilijkte.

Maar al was en is de aandacht voor hiv/aids door de bank genomen dus terecht, ze heeft volgens onderzoekster Elinor Moore in 2006 in het *British Medical Journal*, ook een nadeel.

Tropical physicians have become so used to thinking in the HIV mindset that other conditions are now unfamiliar to them and are often managed poorly. This is not only because of their relative unfamiliarity with these conditions but also because of the stretch on resources caused by the HIV burden.²¹¹

Tanende academische inbedding

De hiv/aids-epidemie kon niet voorkomen dat door een combinatie van tijdgeest en bezuinigingen ook op het gebied van wetenschap en onderwijs nostalgie naar de jaren zeventig voelbaar werd. De belangstelling aan de universiteiten voor tropische geneeskunde en internationale gezondheidszorg was in de jaren tachtig kleiner geworden. Dat bleek bijvoorbeeld uit het vacant laten van de functies van hoogleraar Tropische Geneeskunde en van het directeurschap van de afdeling Tropische Hygiëne van het KIT na het emeritaat van A. de Geus. Daarom schreef de NVTG in juni 1991 een brief aan het college van bestuur van de Universiteit van Amsterdam, het faculteitsbestuur, de raad van bestuur van het academische ziekenhuis en aan het KIT. Als vereniging die zich ten doel stelde de 'studie en uitoefening van de tropische geneeskunde, gezondheidszorg en aanverwante wetenschappen te bevorderen' liet de NVTG weten dat zij het als haar taak zag erop 'toe te zien dat de uitoefening van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs in de tropische- en importziekten van een aanvaardbaar niveau' was. Derhalve was zij verontrust over de ontwikkelingen aan de Universiteit van Amsterdam ten aanzien van de leerstoel in de klinische tropische geneeskunde en de parasitologie, functies die sinds jaar en dag waren uitgeoefend in een samenwerkingsverband tussen het academische ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam, de universiteit zelf en het KIT.

In een land waar een toename is te zien van asielzoekers, vluchtelingen, Nederlanders die terugkeren van werk o.a. in de gezondheidszorg in een ontwikkelingsland, mensen uit hulpverleningsorganisaties, internationale organisaties en toeristen die naar deze landen zijn geweest, zal voldoende expertise aanwezig moeten zijn om bij deze groep horende gezondheidsproblematiek te kunnen opvangen en verwerken.

Voor deze mensen was ook scholing en voorlichting nodig, mochten zij (weer) richting ontwikkelingslanden trekken. En tenslotte moest Nederland 'een bijdrage leveren aan de internationale inspanning om grote vraagstukken in de tropische gezondheidszorg te kunnen oplossen'. Dit betekende dat in diverse centra in Nederland tropische geneeskunde en parasitologie zouden moeten worden beoefend. Wetenschappelijk gezien was dat weliswaar het geval, maar ten aanzien van de patiëntenzorg niet. Die situatie was verder verslechterd met het vacant laten van de vacature tropische geneeskunde. Er was 'een op lange termijn gevaarlijke, en derhalve onaanvaardbare, leegstand in de Amsterdamse poot van de Nederlandse tropische geneeskunde ontstaan' en 'het niet invullen van de vacature voor de directeur van de Tropische Hygiëne in het KIT' had dat 'effect verder versterkt'.²¹²

De Geus was allesbehalve een onbekende in het NVTG. Samen met Zuidema had hij in 1970 aan de wieg gestaan van de afdeling tropische ziekten in het toekomstige AMC, als onderdeel van de afdeling inwendige geneeskunde. Na de overgang van het Medical Research Centre naar het Kenya Medical Research Institute nam hij, 'om te voorkomen dat tropische geneeskunde niet meer gevoed zou worden vanuit de geneeskunde in de tropen', samen met de Rotterdamse hoogleraar P.C. Stuijver het initiatief voor de NVTG-werkgroep Tropische Geneeskunde. Die zette met subsidie van DGIS een uitwisselingsprogramma op met het Department of Medicine van de universiteit van Dar es Salaam te Tanzania.²¹³

In zijn afscheidsrede, gehouden op 16 maart 1990, gaf hij aan het beleid van de NVTG te ondersteunen, dat wil zeggen: *primary health care* maar niet ten koste van de specialis-

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

tische hulp. Hij verwees bijvoorbeeld naar Kuenen die had aangegeven dat de afdeling Tropische Hygiëne van het KIT weliswaar het voorkomen van ziekte beoogde, maar de daarvoor noodzakelijke eerste stap was toch wel dat een ziekte werd herkend. Oftewel: ook bij een beleid gericht op voorkomen van ziekte was een ziekenhuis alleen al vanwege de signaalfunctie van groot belang. Elders had hij dan ook al geconcludeerd:

Het is duidelijk dat de stijging van de levensstandaard de belangrijkste bijdrage zal leveren aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de bewoners van ontwikkelingslanden. Bestrijding van grote volksziekten zoals malaria, slaapziekte, schistosomiasis en andere parasitaire aandoeningen, moeder- en kindzorg, het uitvoeren van vaccinatieprogramma's en 'primary health care' hebben meer invloed op de gezondheid van de gemeenschap dan individuele curatieve zorg. Niettemin is ziekenhuisgeneeskunde nodig, ten behoeve van de behandeling van ernstig zieke patiënten en in de centrale ziekenhuizen voor onderwijs aan studenten en opleiding van artsen en voor klinisch onderzoek.²¹⁴

Dat die vacature bij het KIT niet was ingevuld had te maken met een verandering van beleid, die wederom de weemoed naar de jaren rond 1970 zal hebben versterkt. De nieuwe visie was geworden dat 'ieder onderdeel op een kostendekkende basis moet worden geëxploiteerd'. Dit verdroeg zich volgens het NVTG niet 'met de universitaire leeropdracht'. De vereniging sprak daar dan ook haar zorg over uit en meende dat er:

- *In het belang van het behoud van de klinische tropische geneeskunde en de daarbij horende parasitologie voor Amsterdam op korte termijn een invulling moest plaatsvinden van de leerstoel Tropische Geneeskunde.*
- *Indien gestreefd wordt naar een dubbele aanstelling, deels vanwege het KIT deels vanwege de Universiteit, zoals in het verleden, er een zodanige invulling van de leerstoel moet worden gevonden dat deze wetenschappelijk gezien voldoende aantrekkelijk wordt voor een klinische wetenschapper van niveau.²¹⁵*

Dit was des te belangrijker omdat in 1988 in het AMC infectie- en parasitaire ziekten als 'één van de zwaartepunten' was aangewezen. De NVTG verzocht de Universiteit van Amsterdam, het AZUA en het KIT dan ook dringend om alles te doen wat binnen hun mogelijkheden lag om de bestaande vacature toch ingevuld te krijgen.²¹⁶

Overigens had de Universiteit van Amsterdam al in 1990 een vacaturetekst opgesteld. Daarin werd er echter vanuit gegaan dat de te benoemen persoon, zoals altijd het geval was geweest, voor vijftig procent bij het KIT zou worden aangesteld. Wellicht dat dus daar de vertraging was opgetreden. Dat wordt ook aannemelijk door een brief van het KIT aan de faculteit geneeskunde van de universiteit van 31 oktober 1990, waarin weliswaar werd toegezegd dat de hoogleraar zowel bij de Universiteit van Amsterdam als bij het Tropeninstituut in dienst zou komen, maar dat dan wel 'verder overleg tussen KIT en UvA [...] nodig [was] ten aanzien van de acquisitie van inkomsten uit externe financiering. Voor het KIT geldt, dat deze mede toereikend dienen te zijn voor de dekking van een deel van de basiskosten van ons laboratorium.'²¹⁷

De vercommercialisering van het KIT maakte dat het er voor de tropengeneeskunde in Nederland niet makkelijker op werd. Het KIT werd dan wel van buiten gerenoveerd, maar

van binnen, zo stond in *Medicus Tropicus* te lezen, had blijkbaar 'de beton- en/of houtrot' zich ervan meester gemaakt. Er was een uittocht van medewerkers aan de gang waardoor die commercialisering misschien bedrijfskundig een succes kon worden genoemd, maar duidelijk ten koste ging van de wetenschappelijke inhoud, de kwaliteit van het onderwijs en de onafhankelijkheid tegenover de overheid. En dat dan allemaal voornamelijk op het gebied van de tropische hygiëne en geneeskunde.²¹⁸ De tropencursus aan het KIT, die een lange traditie kende, was vrijwel onbetaalbaar geworden. Hierdoor dreigde ten eerste een uittocht van jonge artsen naar gelijksoortige, veel goedkopere cursussen in het buitenland en ten tweede het einde van de cursus zelf. Dit was reden voor de NVTG de Nederlands School of Public Health te vragen een begroting voor een gelijkwaardige cursus te maken. Dit mondde uit in een inderdaad substantieel lager bedrag. De NVTG wilde weliswaar het liefst de cursus op het KIT houden, maar niet tegen letterlijk iedere prijs. Ze wilde nog liever dat de cursus in ieder geval in Nederland aangeboden bleef worden.²¹⁹

Maar hoe somber men ook werd door het beleid van het KIT, het streven naar terugkeer van de internationale gezondheidszorg op de medische curricula was niet zonder succes. Op 1 oktober 2002 werd aan de Universiteit van Amsterdam een buitengewoon hoogleraar 'Internationale gezondheidszorg, in het bijzonder tuberculose' benoemd. Aan de Katholieke Universiteit Nijmegen was een maand eerder reeds de leerstoel 'Internationale gezondheidszorg' ingesteld, zij het onbezoldigd. Bovendien, zo kon in het jaarverslag van 2002 worden gemeld, hadden enkele andere universiteiten 'het traject tot aanstellingen in gang gezet'.²²⁰

De val van de Muur en de hete post-Koude Oorlog conflicten

Dit succes kan niet los worden gezien van de internationale ontwikkelingen vanaf eind jaren tachtig, begin jaren negentig. De wereld was volop in beweging geraakt door de val van de Berlijnse Muur, de daaropvolgende ineenstorting van de Sovjet-Unie en het einde van de Koude Oorlog. De vreugde hierover werd echter snel getemperd doordat deze gebeurtenissen gevolgd werden door een aantal verre van koude conflicten, met de oorlog in de Balkan als Europees dieptepunt. Maar ook buiten Europa waren bloedige conflicten aan de orde van de dag, met de genocide in Rwanda als meest schrijnende voorbeeld; een voorbeeld dat alleen maar schrijnender werd doordat het geen genocide mocht worden genoemd. Door de volkenrechtelijk minder zware term humanitaire noodsituatie te gebruiken, kon de noodzaak tot ingrijpen door de internationale gemeenschap worden vermeden. Die conflicten, gecombineerd met de blijvende, schrijnende armoede en de herhaaldelijk optredende hongersnoden, resulteerden in een nieuwe vluchtelingenstroom van mensen uit vooral Afrika.

Die stroom zorgde er wederom voor dat – na de komst van de gastarbeiders eind jaren zestig, begin jaren zeventig – Nederlandse tropenartsen niet meer richting evenaar hoefden te vertrekken om hun geliefde ambt te kunnen uitvoeren. Deze artsen vatten de komst van de vluchtelingen op als een medisch probleem, dat voor de NVTG nieuwe mogelijkheden schiep. Nederland werd multicultureel – en zou dat, of men dat nu leuk vond of niet, ook blijven. En dus zou er meer waardering moeten komen voor de meerwaarde die een uit de tropen teruggekeerde arts juist in een multiculturele samenleving kon hebben. Maar de Europese landen begonnen de komst van de vluchtelingen – die, 'de *echte* niet te na gesproken', al snel als economische vluchtelingen, als 'gelukszoekers', zouden worden betiteld – binnen afzienbare tijd als een sociaal-economisch probleem te betitelen. Europeanen gingen de

vluchtelingen met argusogen gadeslaan en vonden dat hun aantal moest worden ingeperkt, een geluid waar een groot deel der politici steeds gevoeliger voor werd. 'Fort Europa' en 'Vesting Holland' werden veelgehoorde en breed onderschreven begrippen. Het was een ontwikkeling die de NVTG met lede ogen aanzag. Eind 1993 stond in *Medicus Tropicus* te lezen:

De laatste weken lijkt het alsof de derde en de tweede wereld dicht bij huis zijn dan normaal. Er gaat nl. geen dag voorbij of een krantenkop of -artikel en een televisie-uitzending is gewijd aan het onderwerp asielzoekers. Steeds wisselende getallen van honderden wekelijks Nederland binnenkomende vluchtelingen, flitsen van bestaande en geplande of voorgestelde opvang – variërend van kantoorgebouwen tot tentenkampen en kazernes –, een wanhopige minister, een boze burgemeester. [...] De steeds hoger wordende aantallen [...] maken [...] geluiden los die zeggen dat Nederland vol is, en dat de stroom ingeperkt moet worden. Vele oplossingen passeren de revue; snellere procedures voor toch kansloze mensen, het leggen van de verantwoordelijkheid bij de gemeentes, het bouwen van noodwoningen, e.d. En, wat erger is, bij het Nederlandse publiek dat woningnood en werkloosheid kent, begint ook het gevoel te ontstaan, waarbij de asielzoekers langzamerhand als zondebok aangewezen worden, en vaak niet eens onderscheid wordt gemaakt tussen asielzoeker, vluchteling, illegale, gastarbeider, of Nederlander afkomstig uit Suriname of Ned. Antillen. Een situatie die een voedingsbodem kan worden voor opkomend racisme.²²¹

Noodhulp

Een andere belangrijke ontwikkeling was de toename van de roep om medische noodhulp, als antwoord op de nood die ontstond door de oorlogen en hongersnoden van omstreeks 1990. Die nood was acuut en dus werd de langetermijnbenadering van PHC langzaam verdrongen door de wens tot uitbreiding van noodhulp. De indringende beelden die acute nood opleveren, en de mediagenieke beelden van directe hulp, speelden daarbij een grote rol. Maar het risico was wel, zo stelde de NVTG, dat de op termijn waardevollere structurele hulp het kind van de rekening zou gaan worden.²²²

Het leverde bovendien een tweede bedreiging van de tropenarts op. Wordt die eerste overbodig geacht in het kader van PHC, nu werd de suggestie dat 'de klassieke tropenarts binnenkort in het algemeen zal zijn vervangen door bijvoorbeeld de noodhulparts'. Maar zoals volgens de strategie van PHC de tropenarts nooit geheel overbodig zou zijn, zo was ook nu een dergelijke opmerking niet alleen onjuist, maar, 'gezien de aard van de noodhulp', tevens 'ongewenst'.²²³ De noodhulpartsen, bijvoorbeeld die van Artsen zonder Grenzen, waren ook helemaal geen tropenartsen, althans niet in de ogen van de NVTG. Een tropenarts immers was een 'basisarts die zich kwalificeert door middel van stages chirurgie en verloskunde en het volgen van de Nederlandse Tropencursus voor Artsen'. Daar was bij de dokters van Artsen zonder Grenzen geen sprake van.²²⁴

Maar dergelijke kritiek op noodhulp verstomde in 1994, al was het dan tijdelijk. De situatie in Rwanda dreef ook de leden van de NVTG tot wanhoop. De slachting van honderdduizende mensen in enkele maanden toonde – wederom – aan dat de wens en de mogelijkheid tot hulp niets voorstellen als economische belangen en politieke wil afwezig zijn. De slachting relativeerde het belang van alle plannenmakerij, zelfs op het gebied van

aids, en zij ridiculiseerde de prachtige afkortingen die daar bij hoorden. 'Wie', zo commentarieerde *Medicus Tropicus*, 'kan nog praten over ziekte en sterfte door aids in Afrika, nu alle voor de komende jaren geprojecteerde getallen [...] al ruimschoots binnen een paar dagen gehaald zijn?'

*Wie weet nog dat Kigali-Rwanda het hoogste hiv-besmettingsgetal van Afrika heeft/had? A very minor problem. Hoe moeten we dit inpassen in het World Bank jargon van DALY's, Disability Adjusted Life Years? Als de laatste dode begraven is en de laatste wonden geneeld, wie zal dan de ontnomen DALY's tellen en wie zal het grote Mental Trauma, waar de bevolking de komende decennia onder gebukt gaat, in te missen DALY's uitdrukken?*²²⁵

De vraagtekens die bij noodhulp werden gezet, namen dan ook niet weg dat die soms erg nodig werd gevonden. Dit geheel conform het altijd weer benadrukken van preventie én genezing, genezing én preventie. Maar dit betekende wel dat de artsen en verpleegkundigen die noodhulp gingen verlenen daar ook goed op voorbereid moesten zijn. Een opleiding bestond echter niet en daarom wilde de NVTG in het curriculum van de opleiding tropenarts meer aandacht voor het specifieke werk en de specifieke dilemma's van de noodhulpdokter.²²⁶ Zoals hiv/aids kon worden ingezet als middel om het belang van tropengeneeskunde te kunnen blijven propageren, ook in een tijd van nadruk op PHC, zo konden de roep om noodhulp en de komst van de multiculturele samenleving worden aangegrepen om het belang van onderwijs te blijven benadrukken.

Een vereniging óók voor internationale gezondheidszorg

Bij de nieuwe aanstellingen omstreeks 2000 werd de term 'internationale gezondheidszorg' expliciet gebruikt. Dit verbaasde niemand meer binnen de NVTG. De term was inmiddels zo ingeburgerd dat de leden van de NVTG eerder over internationale gezondheidszorg spraken dan over tropische geneeskunde. Een artikel van Chabot in april 1998 in *Medisch Contact* had bijvoorbeeld weliswaar de term 'tropengeneeskunde' in de hoofdtitel, maar 'international health' in de ondertitel.²²⁷ En in 2000 was een gehele aflevering van *Spectrum*, het opiniërende en beschouwende deel van het *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, gewijd aan de transitie van tropische geneeskunde naar *international health*. *International health* werd gedefinieerd als een hernieuwde versie van het *public health*-model, waarin gezondheid werd gezien als het resultaat van veel factoren, en met name economische ontwikkeling.

In een van de bijdragen werd overigens – als waren we weer terug in 1910 – gepleit voor het opnemen van cursussen 'international health' in de medische curricula van de Nederlandse universiteiten. Met die internationale gezondheidszorg, zo was de trieste constatering in *Spectrum*, was het ondanks de *health for all by the year 2000*-slogan, nog steeds dramatisch gesteld. Dit althans was naar voren gekomen uit een rapport van de Wereldbank over armoede, gepresenteerd op een congres van het door Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit gezamenlijk geïnitieerde Amsterdam Institute for International Development.²²⁸

De transitie van tropische geneeskunde naar internationale gezondheidszorg bleek ook in 2002 uit het rapport *Visie en beleid voor ondersteuning van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en samenwerking in internationale gezondheidszorg*. Het was zeker, zo was het

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

uitgangspunt, dat de klassieke tropenarts in de toekomst minder relevant ging worden. 'Gewijzigde socio-economische omstandigheden ginds, met gewijzigde verwachtingen in de gezondheidszorg als gevolg', vroegen om 'een nieuw type "healthworker" in de breedste zin het woord',²²⁹ omdat er zich een verschuiving had voorgedaan van curatieve zorg naar *public health*. Bovendien was, ten gevolge van de schuldenlast van de derde wereld, in het begin van de jaren tachtig de gezondheidszorg aldaar door harde bezuinigingen getroffen. Daardoor was het belang gaan doordringen van 'investerings in de zorg als bijdrage aan sociaal-economische ontwikkelingen', zoals het in oktober 2002 in *Medicus Tropicus* stond genoteerd.²³⁰ Hierdoor zou de NVTG haar werk gaan toespitsen op zaken die 'onderwijs, onderzoek en uitwisseling van kennis op het gebied van internationale gezondheidszorg' ten goede kwamen. In concreto betekende dit het volgende:

- Door middel van een platformfunctie bevorderen van de ontwikkeling en de uitwisseling van kennis en ervaringen op het gebied van internationale gezondheidszorg;
- Bevorderen van onderzoek met betrekking tot tropische geneeskunde en internationale gezondheidszorg;
- Stimuleren en faciliteren van medisch onderwijs in ontwikkelingslanden;
- Ondersteuning van monitoring en evaluatie van effecten van medische ontwikkelings-samenwerking (kwaliteitsborging);
- Adequate voorbereiding van uit te zenden artsen en paramedici;
- Pleitbezorging voor een goed beleid op het gebied van medische ontwikkelingssamenwerking.²³¹

In de praktijk was men in feite in één adem gaan spreken over 'tropische geneeskunde en internationale gezondheidszorg'. Sterker: toen het rapport *Visie en beleid in Medicus Tropicus* werd gepresenteerd, was dit al in de naam van de vereniging zelf tot uiting gebracht. Het steeds vaker samen noemen van de termen 'tropische geneeskunde' en 'internationale gezondheidszorg' zorgde er eind jaren negentig voor dat het oude idee van Voorhoeve en de Artsen met Tropenervaring om dit ook in de naam tot uiting te laten komen, weer actueel was.

In 1998 was de NVTG gekomen met het beleidsplan *Mag het nu weer stil zijn?* Daarin werd geconstateerd dat aantal en kwaliteit van de artsen in de arme landen sterk was gestegen, zowel in curatief als in preventief opzicht. Wel nam de vraag naar deskundigheid op het gebied van noodhulp nog toe. Geografisch gezien werd het medische werk steeds meer uitgebreid, met name in Oost-Europa en het zuiden van Latijns-Amerika. Ook het werk in de *middle income countries* nam toe. Daar was een toenemende vraag te bespeuren naar Nederlandse expertise op het gebied van eerstelijnszorg, thuiszorg en verzekering. Tevens werd geconstateerd dat de beslissing over doel en besteding van gelden – 'gelukkig' – steeds meer in handen kwam te liggen van het ontvangende land.²³²

Voor de NVTG hield dit alles in dat nog meer dan al het geval was 'het lidmaatschap actiever opengesteld [zou] moeten worden voor niet-medisch opgeleiden, met dien verstande dat als bindend element geldt de ervaring en betrokkenheid met de gezondheidszorg in landen met beperkte middelen'.

Hiermee raken we aan de kern van de NVTG, haar naam. Het bestuur realiseert zich dat de naam Tropische Geneeskunde in feite niet meer het werkgebied van de vereniging dekt. Het toenemende werkterrein van zorg rond importziekten, allochtonen en asielzoekers, met de vertakkingen binnen het Nederlandse systeem, en de geografische uitbreiding naar buiten de keurkringen doen de behoefte voelen naar een bredere naamgeving. Anderzijds wil het bestuur de naam die de vereniging 90 jaar heeft gevoerd niet vanwege de verandering in werkveld opgeven. Dit soort heroriëntatie zal zich in de toekomst nog wel vaker voordoen. Het bestuur stelt daarom voor de afkorting NVTG te handhaven en daaronder te verstaan Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg.²³³

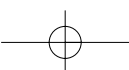
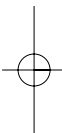
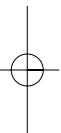
Om die nieuwe taak niet alleen in de naam maar ook in de praktijk duidelijk te maken zou de vereniging onder meer 'in toenemende mate de *uitwisseling* [willen] stimuleren van *deskundigen in beide richtingen* tussen Zuid en Noord' en de mogelijkheid moeten onderzoeken 'om een *leerstoel* "International health" in te stellen die de volle breedte van het vakgebied kan overzien'.²³⁴

Het zou er weliswaar niet meteen van komen, maar duidelijk was wel dat uitstel ditmaal geen afstel meer zou zijn. Ook al omdat dus ook op het gebied van het wetenschappelijke onderzoek was geconstateerd dat tropische geneeskunde de lading niet meer dekte en 'international health' een betere term was. Die omvatte immers, zo deelde het bestuur in 2001 mee, 'aspecten van klinische disciplines, reizigersgeneeskunde, microbiologie, epidemiologie en volksgezondheid, sociologie en antropologie, medische geografie en gezondheidseconomie'. *International health* was een 'multidisciplinair vakgebied' waar zowel generalisten als specialisten zich thuis voelden.²³⁵

Kort daarop werd het voorstel besproken de naam daadwerkelijk te veranderen in Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg. Hier kwam nog wel enig protest tegen, maar tekenend genoeg vormde dit geluid vooral een accentuering van de nieuwe taakopvatting. Tropische geneeskunde was, zo bracht een van de aanwezigen naar voren, een onderdeel van internationale gezondheidszorg en hoefde dus niet apart te worden genoemd. Het zou zeggend een soort 'vereniging voor koeien en beesten' worden. Zoals de term 'tropenarts' zou moeten worden vervangen door de term 'arts internationale gezondheidszorg', zo zou de afkorting NVTG moeten worden vervangen door NVIG. Maar ook de afkorting veranderen, dat ging menigeen te ver, en dus werd het voorstel ongewijzigd aangenomen met zeven tegen twee.²³⁶ Dit besluit werd afgedrukt in de eerste *Medicus Tropicus*, die van juni 2002, die de nieuwe naam in de ondertitel droeg. Een naam overigens die ten tijde van het eeuwfeest vijf jaar later, statutair nog steeds niet was vastgelegd.



Internationale gezondheidszorg (Medicus Tropicus)



Conclusie

De Nederlandsche Vereniging voor Tropische Geneeskunde werd in december 1907 opgericht. Het was onderdeel van de poging een internationale vereniging op dat terrein in het leven te roepen. Dat laatste is niet gelukt. Het enige internationale dat van de grond kwam, was het om de zoveel jaar organiseren van een internationaal congres, maar zelfs dat bleek om uiteenlopende redenen - van pure animositeit tot economische crisis - geen sinecure. Tekenend is dat het Congres in Nederland in 1938 pas tien jaar na het voorgaande congres, in Egypte, kon worden georganiseerd, terwijl de congressen eigenlijk om de drie jaar zouden plaatshebben.

Maar voor de oprichting van de Nederlandse vereniging maakte het niet doorgaan van een internationale vereniging weinig uit. Ten eerste was een internationale vereniging hooguit mooi meegenomen voor het officiële doel van de Nederlandse vereniging - het bevorderen van onderzoek en onderwijs in de tropische geneeskunde in Nederland. En ten tweede was voor het officiële doel een internationaal verband zelfs absoluut onnodig: het in een ontspannen sfeer leggen van contact tussen Nederlandse artsen die werkzaam waren geweest in de tropen - lees: Nederlands-Indië of een van de andere Nederlandse koloniën -, daar werkzaam zouden gaan zijn, of die anderszins interesse hadden in medisch-tropische aangelegenheden.

Die officiële doelstelling van informele en ontspannen ontmoetingen wilde natuurlijk niet zeggen dat er geen conflicten en meningsverschillen waren. Die kwamen bijvoorbeeld naar boven als de vereniging zich met medische zaken ging bezighouden die ook de aandacht van de politiek hadden, zoals het beleid inzake de pestbestrijding in Nederlands-Indië. Maar de gemoederen raakten vooral verhit toen men het plan opvatte een opleiding tot tropenarts te gaan opzetten. Eerst ontstond discussie over de vraag of die opleiding in Nederlands-Indië dan wel in Nederland moest plaatsvinden. Toen dat dispuut in het voordeel van Nederland was beslecht, laaide een diepe onenigheid op over de kwestie of Amsterdam dan wel Leiden de meest geëigende plek was voor de opleiding. De onrust werd er niet minder om, toen bleek dat de regering wel de meer op hygiëne gerichte cursus in Amsterdam en niet de meer klinische cursus in Leiden wilde subsidiëren. Het liep uiteindelijk voor beide opleidingen goed af en het feit dat de kwestie niet tot een scheuring in de verdeelde vereniging had geleid, stemde tot tevredenheid. Met de NVTG was blijkbaar een forum gecreëerd waarbinnen dergelijke discussies over medisch-tropische aangelegenheden konden plaatshebben, zonder dat ze tot eeuwigdurende vijandschap leidden.

De grote vraag in dit boek was echter niet wat het karakter was van de vereniging, of welke disputen zich er afspeelden. Die vraag, die ook in de titel *Van Koloniale Geneeskunde tot Internationale Gezondheidszorg* naar voren komt, was: was er in de eerste vier decennia van het bestaan van de vereniging, de tijd van de koloniale overheersing, wel sprake van tropische geneeskunde - geneeskundige zorg en geneeskundig onderzoek betreffende tropische ziekten dan wel ziekten in de tropen - zoals de naamgeving wilde, of was er eerder

sprake van koloniale geneeskunde? Werd hun handelen als arts of onderzoeker mede (of zelfs vooral) bepaald door het politiek-militaire en economische beleid van Nederland als koloniale mogelijkheid? Het antwoord kan niet anders zijn dan dat er inderdaad meer van koloniale geneeskunde sprake was, en wel op meerdere niveaus.

Ten eerste deden de artsen van de NVTG niet zomaar onderzoek naar tropische ziekten, maar richtten zij zich in het bijzonder op ziekten die in de eigen koloniën voorkwamen en dan met name in Nederlands-Indië. Ten tweede was de gezondheidszorg in Nederlands-Indië organisatorisch toegesneden op de daar heersende koloniale omstandigheden; en die organisatievorm werd door de artsen van de NVTG ten volle onderschreven als de best denkbare keuze, ook beter dan de vorm die andere koloniale landen hadden gekozen. Ten derde werd het denken van de NVTG-leden in de eerste decennia van het bestaan van de vereniging gedomineerd door een gevoel – nee: door de wetenschap – van superioriteit van de Westerse beschaving en de Westerse geneeskunde ten opzichte van de Indische, een dominantie diemèt raciale argumenten werd geschraagd. De Nederlandse artsen wisten wat goed was voor de Indische bevolking en die bevolking deed er verstandig aan hen te gehoorzamen, desnoods door dwangmaatregelen daartoe aangezet. Ten vierde werd het handelen van een deel van de artsen in Indië, zoals de militaire geneeskundigen of de plantage-artsen, rechtstreeks bepaald door de Nederlandse economische en militaire belangen, en ook hier werd grotendeels door de NVTG mee ingestemd. En als er dan al eens een keer werd opgemerkt dat andere dan medische argumenten het medisch handelen bepaalden, dan werd dat als simpel feit geaccepteerd. Dat was nu eenmaal niet anders. En ten vijfde werd het Nederlandse koloniale streven ten volle onderschreven en achtte men het de taak van de medische zorg daar haar steentje aan bij te dragen. Een goede medische zorg was zagezegd van groot belang voor een gezonde koloniale politiek.

Tekenend voor deze periode is ook dat de medische zorg zich geheel richtte op het in medische zin bestrijden of voorkomen van bepaalde ziekten. Protest tegen en bestrijding van onderliggende oorzaken van die ziekten – het politieke systeem, armoede, overbevolking – werden niet tot het domein van de arts gerekend. Dat nu zou na de koloniale tijd langzaam maar zeker gaan veranderen, culminerend in een grote belangstelling voor sociaal-economische aspecten van de gezondheidszorg, wat in 2002 leidde tot de verandering van de naam van de vereniging in Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg. En dat was niet het enige dat veranderde.

Hoewel het hoofddoel van de vereniging de bevordering van tropisch-geneeskundig onderzoek en onderwijs in Nederland was – wat tal van wetenschappelijke verhandelingen tijdens de vergaderingen tot gevolg had –, lag in de eerste vijftig jaar van haar bestaan de nadruk toch vooral op het uitwisselen van ervaringen van artsen die jarenlang in de tropen hadden gewerkt, vooral in Nederlands-Indië. De vereniging kende daardoor slechts een handvol leden.

Na de dekolonisatie veranderde de vereniging echter van karakter. De omstandigheden dwongen tot een koerswijziging, die meteen de aanzet gaf tot de vorming van nieuwe ideeën over gezondheidszorg in een tropische omgeving. De eerste tekenen daarvan vielen eind jaren vijftig te bespeuren. Een uitbreiding van het ledenbestand droeg daaraan bij. Na de oorlog, maar zeker na de soevereiniteitsoverdracht aan Indonesië steeg door de repatriëring het ledenaantal van ongeveer 100 tot 180. Desondanks bestond de vrees dat op de langere termijn de dekolonisatie het einde van de vereniging zou betekenen, maar die vrees werd niet bewaarheid. Het aantal leden bleef stijgen, tot de jaren tachtig aan toe.

En ook op wetenschappelijk niveau hadden de oorlog en de soevereiniteitsoverdracht hun gevolgen. De lezingen stonden in de naoorlogse jaren nadrukkelijk in het teken van de oorlog, met referaten over bijvoorbeeld beriberi bij krijgsgevangen Nederlandse officieren, de gezondheidstoestand van gerepatrieerden, en multideficiëntiesyndromen als gevolg van de Japanse interneringskampen.

De belangrijkste verandering was echter dat door de dekolonisatie de tropenartsen op zoek moesten naar een nieuwe plek om te werken, zeker nadat begin jaren zestig ook Nieuw-Guinea voor Nederland verloren was gegaan. Zij zwermde uit over de gehele wereld en legden zo de basis voor de uitbouw naar een vereniging voor internationale gezondheidszorg. Maar ook op een ander niveau heeft de dekolonisatie bijgedragen aan de internationalisering. Behalve dat de koloniën als werkveld langzaam vervangen werden door de gehele (sub)tropische wereld, ging de NVTG ook meer contact zoeken met andere voormalige koloniale mogendheden, die met hetzelfde probleem van verlies aan 'natuurlijk werkveld' worstelden. Bovendien speelde de dekolonisatie zich af in een tijd van snelle en spectaculaire verbetering van de communicatie- en transportmiddelen, waardoor de relatieve afstand tot andere landen en werelddelen steeds kleiner werd. Verder volgde al snel een tijd van emigratie vanuit de ontwikkelingslanden naar de rijke Westerse landen met een arbeidstekort. Hierdoor was er niet langer louter sprake van eenrichtingsverkeer van Westerse artsen die naar de tropen gingen. Inwoners van de (sub)tropen kwamen, met hun specifieke gezondheidsproblemen, ook in steeds groter getale naar de Westerse artsen toe.

Door dit alles kwam een nieuw type arts de NVTG bevolken. Na de soevereiniteitsoverdracht en zeker vanaf eind jaren vijftig werd de arts iemand die voor een beperkt aantal jaren – vaak drie tot vijf – in een perifeer ziekenhuis in met name Afrika ging werken. Vóór de dekolonisatie waren de tropenartsen echte 'tropen'-artsen: een groot deel van hun carrière speelde zich rond de evenaar af. Zij hadden met andere woorden echt een Huize Indië. Vanaf de jaren vijftig ging het – na een (soms letterlijk) ontheemde periode van zoeken naar een nieuwe bestemming – steeds vaker om artsen die voor enkele jaren naar de tropen vertrokken, om dan hun werkzaam leven in Nederland voort te zetten. De wereld was de bestemming geworden, maar het was wel een tijdelijke bestemming. Het was een Hotel De Wereld. Hierdoor steeg echter wel het aantal artsen met tropenervaring. Velen van hen bleven ook na terugkomst geïnteresseerd in medisch-tropische zaken. Soms volgden zelfs hernieuwde uitzendingen. Het resulteerde in een stijging van het ledental van de vereniging tot boven de achthonderd en in een drastische daling van de gemiddelde leeftijd.

Dat meer artsen bij de NVTG betrokken raakten en bleven, was zeker ook te danken aan het opzetten van specialistische werkgroepen die thema's op het terrein van de tropische gezondheidszorg onder de loep namen. Het was gebleken dat de jongere artsen maar moeilijk konden wennen aan de *tempo doelo*-sfeer, die rond de oudere artsen die nog in Indië hadden gewerkt, bleef hangen. Door contacten in kleinere kring met collega's die dezelfde medisch-specialistische belangstelling hadden, kon men zich aan die sfeer onttrekken. Na verloop van tijd verdween dan ook de Indië-nostalgie uit de vereniging.

Maar niet alleen leeftijd en achtergrond van de nieuwe leden waren anders. De arts die in Indië zijn thuis had gehad en terugverlangde naar die goede oude tijd waarin – hoe men ook dacht over het kolonialisme op zich – in elk geval medisch gezien veel moois was verricht, werd langzaam maar zeker verdrongen door artsen die kritisch tegen het kolonialisme aankeken. Ook de rol van de medische zorg en wetenschap in het koloniale tijdperk bleef niet buiten schot. Bovendien keken deze nieuwe leden met een kritisch oog naar de

rol die de Westerse landen ook na het onafhankelijk worden van de koloniën nog in de wereld speelden. In hun ogen werd de hulpverlening gedomineerd door eigenbelang, waarvoor armoede in stand werd gehouden. En juist die armoede lag ten grondslag aan een groot deel van de medische ellende in ontwikkelingslanden. Het kolonialisme was in hun ogen niet echt verdwenen, maar was van een politiek in een economisch kolonialisme veranderd. Er moest voor worden gewaakt dat de geneeskunde daar (wederom) een ondersteunende rol in zou spelen. Het waren dan ook artsen die, mede door de oorlogen in Vietnam en Biafra, nadrukkelijk politiek stelling namen.

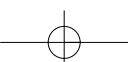
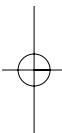
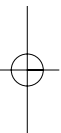
Door al deze ontwikkelingen kreeg de vereniging vanaf het midden van de jaren zestig een andere inslag. Dit kwam bijvoorbeeld begin jaren zeventig tot uiting in het omzetten van het orgaan *Medicus Tropicus* van een 'familieblad' in een heus discussieplatform. Het waren de jaren voorafgaand aan de verklaringen van Alma Ata in 1978 over *primary health care en health for all*, verklaringen ontworpen door onder meer de World Health Organization. Het was dus een verandering waarin Nederland niet alleen stond, maar die wel ten volle door de NVTG werd onderschreven.

De ideeën verschoven van een op genezing en/of preventie gerichte tropische geneeskunde, naar een meer op sociaal-economische omstandigheden gerichte internationale gezondheidszorg. Het besef was gaan leven dat zonder aandacht voor de oorzaken van ziekte – zoals conflict, honger en armoede – het bestrijden van de ziekten zelf weliswaar zinnig en noodzakelijk bleef, maar ook eeuwigdurend zou blijven en zelfs in intensiteit niet zou kunnen afnemen. Toch ging de NVTG nooit zover om de praktische geneeskundige zorg in ontwikkelingslanden helemaal overboord te willen zetten. Het was van groot belang voor de preventie van ziekte om de sociaal-economische omstandigheden aan te pakken, maar dat was een zaak van lange adem en bovendien zou ook met goede sociaal-economische omstandigheden de medische problematiek niet verdwijnen.

Aard en inhoud van de medische ontwikkelingssamenwerking – in plaats van ontwikkelingshulp – veranderden met dit denken mee. Maar juist toen in de jaren tachtig de aanpak van de achterliggende oorzaken definitief zijn plek op de medische agenda leek te hebben veroverd, dreigde deze nieuwe aanpak door de toename van (de aandacht voor) conflicten na het einde van de Koude Oorlog, politiek en maatschappelijk toch weer in de vergetelheid te raken. Het aantal brandhaarden in de wereld nam toe en daarmee ook de (aandacht voor) noodhulpprogramma's. Men wilde directe hulp aan de zichtbare (media-genieke) slachtoffers bieden, maar die dreigde ten koste te gaan van structurele hulp en preventie, zeker als die waren gericht op algemene thema's als armoede of overbevolking. En hier kwam ook nog eens de opkomst van een nieuwe wereldwijde epidemie bij, de hiv/aids-epidemie die vooral in Afrika vele slachtoffers eist.

De NVTG bleef het belang van structurele hulp benadrukken tegen de roep om – voor de overheid goedkopere - noodhulp in. Eerder al had die overheid de *primary health care* aangegrepen om de relatief dure uitzending van curatieve specialisten aan banden te leggen. Ook daar verhief de NVTG haar stem tegen. In zekere zin kwam zo de hiv/aids-epidemie goed van pas, want die toonde duidelijk aan hoe belangrijk het was ook het curatieve werk te laten voortduren: algemene preventie mag de op bestrijding van bepaalde ziekten gerichte inspanningen niet verdringen. Dit betekent in feite dat de NVTG in de afgelopen decennia weliswaar nadrukkelijk afstand heeft genomen van de economische en politieke argumenten achter medische zorg uit het koloniale tijdperk, van het achterliggende superioriteitsgevoel en van de dwangmaatregelen die daarmee gepaard gingen en eruit voort-

kwamen. Maar het belang van de curatieve en preventieve aspecten van de zorg is zij altijd blijven benadrukken. Naast het argument van traditie, kan het dan ook inhoudelijk terecht worden genoemd dat de NVTG de 'tropische geneeskunde' in de naam is blijven voeren en deze niet geheel en al door de term 'internationale gezondheidszorg' heeft vervangen.



Noten

Inleiding

1 'Jaarverslagen 1999 werkgroepen', in: *Medicus Tropicus*, februari 2000, pp. 7-10, hier 8. In 1986 maakten de NVTG- leden J.J. Laarman en J.P. Verhave hun zorg werelddkundig over het mogelijk verloren gaan van allerlei interessant historisch materiaal over de tropische geneeskunde. 'In het Koninklijk Instituut voor de Tropen en andere instellingen die zich vanouds met medische aspecten in de tropen bezighouden, moeten zich grote hoeveelheden materiaal bevinden die van historische waarde zijn. Er is, in tegenstelling tot bijvoorbeeld het Wellcome Museum en de London School of Tropical Medicine, nauwelijks actief beheer gevoerd over dit materiaal. Vooral sedert de recente verhuizing van het Laboratorium voor Parasitologie en van de Afdeling Tropische Hygiëne in Amsterdam kan worden gevreesd dat belangrijke archieven en fotomateriaal in het ongereede zijn geraakt of teloor zijn gegaan. Voorgesteld wordt nu om te komen tot een Werkgroep Geschiedenis Tropische Geneeskunde binnen de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde, die zich ten doel zou kunnen stellen: 1. het inventariseren en toegankelijk maken van historisch materiaal, 2. de studie en het refereren of publiceren over onderwerpen uit de geschiedenis van de tropische geneeskunde, zo mogelijk in samenwerking met universitaire onderzoeksgroepen voor de geschiedenis der geneeskunde of biohistorie, 3. het verzamelen van (foto)materiaal en mondelinge overlevering van oud-tropenartsen en onderzoekers, 4. het verzamelen en bewerken van belangrijke klinische en epidemiologische gegevens, om die ter beschikking te stellen van jonge tropenartsen en docenten aan tropencursussen, 5. educatieve activiteiten die de jongere generaties binnen en buiten de Vereniging bekend kunnen maken met medische zorg, zoals die vroeger door Nederlanders werd uitgeoefend en doorgegeven.' Zie Laarman en Verhave, 'Voorstel', 1986.

- 2 *Visie en missie*, p. 1.
- 3 Voorhoeve, *Tropische geneeskunde anno 2007*, p. 1.
- 4 Moore, 'HIV is changing the face of tropical medicine', p. 1280.
- 5 Bijvoorbeeld Harrison, *Public health in British India*, passim; Pati en Harrison, *Health, medicine, and empire*, passim.
- 6 Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, passim.
- 7 Bijvoorbeeld Van Doorn, *De laatste eeuw van Indië*, passim met uitzondering van pp. 91-92; De Jong, *De waaier van het fortuin*, passim.
- 8 Van den Doel, *Het rijk van Insulinde*, pp. 164, 171 en 239.
- 9 Van Heteren, *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*, passim; Den Hertog, *De militair-geneeskundige verzorging in Atjeh 1873-1904*, passim; Van Bergen, *Een menslievende en nationale taak*, passim.
- 10 Worboys, 'British colonial medicine and tropical imperialism', pp. 152 en 155-156.
- 11 'NVTG vergadering 9-12-1917 ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan', in: NTVG, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1473.
- 12 Harrison, *Public health in British India*, p. 151 (cursivering LvB).
- 13 Idem (cursivering LvB).
- 14 Idem.
- 15 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 408.
- 16 Haynes, 'Social status and imperial service', p. 208 (cursivering LvB).
- 17 Harrison, *Public health in British India*, p. 150.
- 18 Winckel, 'De Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indië', p. 6; Kerkhoff, 'De organisatie van de militaire en burgerlijke geneeskundige dienst', pp. 7, 10 en 15-16.
- 19 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', passim; Van Bergen, *Een menslievende en nationale taak*, passim.
- 20 De Vries, *Partnership in international health*, p. 8.
- 21 Boomgaard, 'Dutch medicine in Asia, 1600-1900', p. 42.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

- 22 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', passim; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, passim; De Vries, *Partnership in international health*, passim.

Deel I: Huize Indië (1907-1940)

1 De Indische gezondheidszorg rond 1900

- 1 Van Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', pp. 35-36 en 49 (noot 8); Voorhoeve, *Tropische geneeskunde anno 2007*, p. 1.
- 2 Voor Bosch zie: Borgers, *Doctor Willem Bosch*, passim.
- 3 De Langen, 'Het geneeskundig onderwijs in Indonesië', pp. 32-33.
- 4 Kerkhoff, 'De organisatie van de militaire en burgerlijke geneeskundige dienst', pp. 13 en 18; Moulin, 'Teaching of medicine', p. 24.
- 5 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', pp. 424-425; De Langen, 'Het geneeskundig onderwijs in Indonesië', pp. 32-33.
- 6 De Knecht-Van Eekelen, a.w., p. 425; De Langen, a.w., p. 33.
- 7 De Langen, a.w., p. 34.
- 8 Van den Doel, *Het rijk van Insulinde*, pp. 171 en 239; Kerkhoff, 'De organisatie van de militaire en burgerlijke geneeskundige dienst', p. 14; De Moulin, 'Teaching of medicine', pp. 30-31; De Langen, a.w., p. 33.
- 9 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 407.
- 10 Idem.
- 11 A.w., p. 415.
- 12 A.w., p. 407.
- 13 A.w., p. 408.
- 14 Kerkhoff, 'De organisatie van de militaire en burgerlijke geneeskundige dienst', p. 17; De Knecht-Van Eekelen, a.w., pp. 416-417.
- 15 Bos, 'De querulant', passim; Jansen, *Het levenswerk*, pp. 100-101; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2397.
- 16 De Eijkman-prijs werd in 1927 voor de eerste maal uitgereikt en wel aan de hoogleraar B.C.P. Jansen vanwege diens onderzoek op het gebied van voeding. Ofschoon sprake is van personele overlappingen tussen het bestuur van de stichting en de ledenlijst of het bestuur van de NVTG, was en is de stichting geen onderdeel van de NVTG en is de medaille derhalve ook geen prijs van de vereniging. Dat die prijs echter werd en wordt uitgereikt tijdens vergaderingen van de NVTG, wijst op de nauwe band tussen beide. Zie 'NVTG vergadering 10-10-1970', in: NTvG, 1971, pp. 1625-1630; 'Het Eijkman Medaille Fonds', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1970, p. 1; 'Uitreiking vier Eijkman-medailles', in: *Medicus Tropicus*, februari 1980, p. 1. Midden jaren negentig zou tevens de Stichting Erefonds Tropische Geneeskunde – later Stimuleringsfonds genoemd – worden opgericht, die wel geheel onder het beheer van de NVTG viel. Zij is mogelijk gemaakt door de nalatenschap van een anonieme weldoener, aangevuld met giften van NVTG-leden. Zij heeft als doel 'het verlenen van geldelijke steun aan veelbelovende activiteiten op het gebied van de tropische geneeskunde en gezondheidszorg en in het bijzonder ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en kennisoverdracht'. Het voornaamste criterium is dat het onderzoek, dat moet worden aangevraagd door iemand die lid is van de vereniging, moet bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid van de bevolking in de tropen. Zie 'Erefonds NVTG', in: *Medicus Tropicus*, september 1995, p. 6.
- 17 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 427.
- 18 A.w., p. 424; Winckel, 'De Dienst der Volksgezondheid', p. 6.
- 19 Winckel, a.w., pp. 10-11.
- 20 A.w., p. 11.
- 21 A.w., pp. 11-12.
- 22 A.w., p. 13.
- 23 A.w., pp. 12-13.
- 24 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2401; Haneveld, 'Van slavenhospitaal tot verantwoorde bedrijfsgezondheidszorg', pp. 72-74.
- 25 Van den Doel, *Het rijk van Insulinde*, p. 164.
- 26 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2397.
- 27 De Knecht-Van Eekelen, 'De wisselwerking', passim.
- 28 Haneveld, 'Van slavenhospitaal tot verantwoorde bedrijfsgezondheidszorg', p. 80.
- 29 De Langen, 'Het geneeskundig onderwijs in Indonesië', p. 34.
- 30 A.w., p. 35.
- 31 A.w., p. 36.
- 32 A.w., pp. 36-37, citaat 36.
- 33 Kouwenaar, 'Geneeskundige voorziening op Sumatra's oostkust', p. 21.
- 34 Offringa, 'Geneeskundige hulp aan de Javaanse bevolking', p. 43.
- 35 A.w., p. 44.
- 36 A.w., pp. 46-47.

2 De oprichting van de NVTG

- 37 Van Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', passim; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 3.
- 38 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 427.
- 39 Verhave, *Aantekeningen*, p. 2.
- 40 Van der Scheer, 'De Nederlandsche Vereeniging', p. 825.
- 41 A.w., p. 826; Schüffner, 'De NVTG', pp. 5634-5636, hier 5634.
- 42 Schüffner, a.w., pp. 5634-5636, hier 5634-5635; De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 421.
- 43 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1473 (cursivering LvB).
- 44 Van der Scheer, 'De Nederlandsche Vereeniging', pp. 828-829; De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 421-422.
- 45 NVTG algemeene vergadering 8-5-1910', in: *NTvG*, 1910 II, pp. 1932-1964, hier 1933.
- 46 Schüffner, 'De NVTG', pp. 5634-5636, hier 5635; 'NVTG', in: *Medicus Tropicus*, februari 1968, p. 1.
- 47 Van der Scheer, 'De Nederlandsche Vereeniging', p. 830.
- 48 A.w., p. 828.
- 49 'Nationale Vereeniging voor Tropische Geneeskunde', in: *NTvG*, 1907 II, pp. 1651-1652. Van de oprichtingsvergadering zijn geen notulen bewaard gebleven. Zie 'NVTG', in: *Medicus Tropicus*, februari 1965, p. 1; 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1473.
- 50 Van der Scheer, 'De Nederlandsche Vereeniging', pp. 828-829.
- 51 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1473; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2395.
- 52 Van der Scheer, 'De Nederlandsche Vereeniging', p. 837.
- 53 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2395.
- 54 Van Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', p. 38.
- 55 Winckel, a.w., p. 2395.
- 56 De Vries, *Partnership in international health*, p. 2; Winckel, a.w., p. 2397.
- 57 Winckel, a.w., p. 2395.
- 58 Van der Scheer, 'De Nederlandsche Vereeniging', pp. 830-835.
- 59 A.w., pp. 823-824, citaat 824.
- 60 A.w., pp. 824-825.
- 61 A.w., pp. 827-828.
- 62 A.w., p. 828.
- 63 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', pp. 421-422.
- 64 Archief KIT, nr. 4468.
- 65 De Vries, *Partnership in international health*, p. 2.
- 66 Verhave, *Aantekeningen*, p. 1.
- 67 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 423.
- 68 'NVTG algemeene vergadering 19-5-1912', in: *NTvG*, 1912 II, pp. 718-732, hier 719.
- 69 Kerkhoff, 'De organisatie van de militaire en burgerlijke geneeskundige dienst', p. 17.
- 70 'NVTG algemeene vergadering 24-1-1909', in: *NTvG*, 1909 I, pp. 1543-1564, hier 1544.
- 71 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 32.
- 72 'NVTG buitengewone vergadering 15-4-1914', in: *NTvG*, 1914 II, pp. 944-960, hier 946; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', pp. 2398-2399.
- 73 Winckel, a.w., p. 2397; Van Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', p. 40.
- 74 'NVTG buitengewone vergadering 15-4-1914', in: *NTvG*, 1914 II, pp. 944-960, hier 946.
- 75 A.w., pp. 964-965.
- 76 Winckel, 'De Dienst der Volksgezondheid', p. 11; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2397; Van Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', p. 40.
- 77 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2397; Van Heteren, a.w., p. 40.
- 78 Winckel, a.w., p. 2396.
- 79 De Knecht-Van Eekelen, 'De wisselwerking', p. 64.
- 80 Nieuwenhuis, *De levensvoorwaarden*, pp. 6 en 31.
- 81 A.w., pp. 9 en 18.
- 82 A.w., p. 15.
- 83 A.w., pp. 14-15.
- 84 A.w., p. 30.
- 85 A.w., pp. 37-38.
- 86 Brieven aan Nieuwenhuis, Universiteit Leiden DPL 2591: F9N.
- 87 'NVTG algemeene vergadering 28-5-1916', in: *NTvG*, 1917 I, pp. 416-432, hier 418.
- 88 'NVTG vergadering 28-10-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 382-408, hier 385-386 (cursivering LvB).
- 89 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1476.
- 90 Van Bergen, *Een menslievende en nationale taak*, p. 42.
- 91 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering, 22-12-1918.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

- 92 'NVTG vergadering 23-3-1919', in: *NTvG*, 1919 II, pp. 1398-1406, hier 1400. Het was een lezing die leidde tot protest van het NVTG-lid H.C. Nauta, in later jaren nog bestuurslid. Nauta, die in Indië was maar weldra zou terugkeren, maakte in een brief aan het bestuur bezwaar tegen de door Krause geschetste stand van zaken. Omdat Krause juist naar Indië was teruggekeerd en zich dus niet zelf kon verdedigen, werd Nauta in eerste instantie uitgenodigd om op een volgende wetenschappelijke bijeenkomst zijn standpunt nader toe te lichten, maar die ging daar niet op in. Hij uitte slechts de wens dat zijn brief aan de leden zou worden voorgelegd. Daartoe werd besloten. Er zou vanwege een overvol programma echter niet over worden gediscussieerd en het zou ook niet in het vergaderverslag worden opgenomen. Omdat de brief zelf onvindbaar is, is het door dit alles helaas niet duidelijk waar precies de grieven van Nauta zich op richtten. Zie archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 18-4-1920 en 16-5-1920.
 - 93 'NVTG vergadering 2-11-1919', in: *NTvG*, 1920 I, pp. 1213-1232, hier 1213.
 - 94 'NVTG vergadering 10-2-1929', in: *NTvG*, 1929, pp. 2097-2118, hier 2097.
 - 95 Penris, 'Het aandeel der landbouwondernemingen', p. 24.
 - 96 A.w., pp. 25-26.
 - 97 A.w., p. 26.
- ### 3 De medische-tropische opleiding
- 98 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 31.
 - 99 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1475; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2396.
 - 100 Winckel, a.w., p. 2396.
 - 101 Schüffner, 'De NVTG', p. 5636.
 - 102 Anoniem, 'Brief Amsterdam 10-10-1900', pp. 573-574.
 - 103 Stokvis, 'Het koloniaal-geneeskundig museum', p. 245.
 - 104 A.w., pp. 246-248.
 - 105 A.w., p. 250.
 - 106 A.w., pp. 251-252.
 - 107 Peypers, 'Het onderwijs in de tropen-geneeskunde', pp. 32-33, hier 33.
 - 108 A.w., p. 33.
 - 109 A.w., pp. 33 en 35, hier 35.
 - 110 Anoniem, 'Brief Amsterdam 10-10-1900', pp. 573-575, hier p. 574; ook De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 421.
 - 111 De Knecht-Van Eekelen, a.w., p. 421.
 - 112 'NVTG algemeene vergadering 8-5-1910', in: *NTvG*, 1910 II, pp. 1932-1964, hier 1933-1934.
 - 113 A.w., p. 1934.
 - 114 Idem.
 - 115 A.w., pp. 1934-1935; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2396.
 - 116 'NVTG algemeene vergadering 8-5-1910', in: *NTvG*, 1910 II, pp. 1932-1964, hier 1935.
 - 117 A.w., p. 1936; Verhave, *Aantekeningen*, p. 1.
 - 118 'NVTG algemeene vergadering 8-5-1910', in: *NTvG*, 1910 II, pp. 1932-1964, hier 1937-1938.
 - 119 A.w., pp. 1938-1939.
 - 120 A.w., pp. 1937-1938.
 - 121 A.w., pp. 1939-1940.
 - 122 A.w., pp. 1941-1942 en 1948.
 - 123 A.w., p. 1942.
 - 124 A.w., pp. 1942-1943.
 - 125 A.w., p. 1943.
 - 126 A.w., pp. 1944-1945.
 - 127 A.w., p. 1948.
 - 128 A.w., pp. 1945-1946, ook: 1948.
 - 129 A.w., p. 1947.
 - 130 A.w., p. 1956; Verhave, *Aantekeningen*, p. 1.
 - 131 'NVTG vergadering 22-10-1910', in: *NTvG*, 1912 I, pp. 646-656, hier 655.
 - 132 'NVTG algemeene vergadering 8-5-1910', in: *NTvG*, 1910 II, pp. 1932-1964, hier 1963-1964; Van der Scheer, 'De Nederlandsche Vereeniging', p. 839.
 - 133 'NVTG algemeene vergadering 16-10-1910', in: *NTvG*, 1911 I, pp. 145-160, hier 146-147; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2396; Van Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', pp. 38-39 en 47; De Vries, *Partnership in international health*, p. 1.
 - 134 'NVTG algemeene vergadering 21-5-1911', in: *NTvG*, 1911 II, pp. 1634-1644, hier 1636.
 - 135 'NVTG vergadering 22-10-1910', in: *NTvG*, 1912 I, pp. 646-656, hier 655.
 - 136 Idem.
 - 137 Idem.
 - 138 Idem.
 - 139 A.w., pp. 655-656, hier 656.
 - 140 A.w., p. 656.
 - 141 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig

- bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1476.
- 142 Kuenen en Schüffner, 'Het instituut', pp. 674-675.
- 143 Saltet, 'Instituut voor tropenhygiëne', pp. 1706-1707.
- 144 'NVTG algemeene vergadering 21-5-1911', in: *NTvG*, 1911 II, pp. 1634-1644, hier 1640.
- 145 'NVTG algemeene vergadering 19-5-1912', in: *NTvG*, 1912 II, pp. 718-732, hier 718.
- 146 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1475.
- 147 'NVTG algemeene vergadering 19-5-1912', in: *NTvG*, 1912 II, pp. 718-732, hier 721.
- 148 Kuenen en Schüffner, 'Het instituut', p. 674.
- 149 Idem.
- 150 A.w., p. 675.
- 151 A.w., pp. 675-678.
- 152 A.w., p. 677.
- 153 'Vereeniging Instituut voor Tropische Geneeskunde', p. 1; 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1475.
- 154 'NVTG vergadering 31-10-1915', in: *NTvG*, 1916 I, pp. 1385-1408, hier 1385.
- 155 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1476.
- 156 'NVTG vergadering 29-1-1928', in: *NTvG*, 1928 I, pp. 2266-2267; 'Vereeniging Instituut voor Tropische Geneeskunde', p. 1; De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 423; 'Het Havenziekenhuis', p. 2.
- 157 'Het Havenziekenhuis', p. 2.
- 158 'NVTG vergadering 19-1-1936', in: *GTNI*, 1937, pp. 153-180.
- 159 [De Loos], *Wetenschappelijke handelingen*, p. 55; 'NVTG vergadering 4-10-1931', in: *NTvG*, 1931, pp. 2053-2072, hier 2053 (ledenlijst).
- 160 Van Bergen, *De zwaargewonden eerst?*, pp. 450-451.
- 161 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 24-10-1962.
- 162 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 422.
- 163 Idem; De Geus, *Bruggenbouwers*, p. 12.
- 164 'NVTG vergadering 25-5-1913', in: *NTvG*, 1913 II, pp. 1423-1439, hier 1425.
- 165 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 32.
- 166 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1475.
- 167 Swellengrebel, 'De afdeeling tropische hygiëne', p. 3.
- 168 A.w., p. 5.
- 169 Willemsen, *Van tentoonstelling*, pp. 46-47.
- 170 Swellengrebel, a.w., pp. 5 en 8; Willemsen, a.w., p. 47.
- 171 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 33.
- 172 Van Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', pp. 40-42; De Knecht-Van Eekelen, 'De wisselwerking', p. 63.
- 173 Willemsen, *Van tentoonstelling*, p. 47.
- 174 Verhave, *Aantekeningen*, p. 3.
- 175 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1476.
- 176 'NVTG vergadering 28-5-1916', in: *NTvG*, 1917 I, pp. 416-432, hier 417 (cursivering LvB).
- 177 Idem.
- 178 Willemsen, *Van tentoonstelling*, p. 48.
- 179 'NVTG buitengewone vergadering 30-6-1917', in: *NTvG*, 1917 II, pp. 2221-2232, hier 2221.
- 180 A.w., pp. 2221-2222.
- 181 A.w., p. 2222.
- 182 A.w., pp. 2222-2223.
- 183 A.w., pp. 2223-2224.
- 184 'NVTG vergadering 28-10-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 382-408, 397 en 400.
- 185 'NVTG buitengewone vergadering 30-6-1917', in: *NTvG*, 1917 II, pp. 2221-2232, hier 2225-2226.
- 186 A.w., p. 2228.
- 187 A.w., p. 2232.
- 188 A.w., pp. 2230-2232; 'NVTG vergadering 28-10-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 382-408, hier 389-401.
- 189 Kuenen, *Het tropisch geneeskundig onderwijs*, passim.
- 190 'NVTG buitengewone vergadering 30-6-1917', in: *NTvG*, 1917 II, pp. 2221-2232, hier 2230.
- 191 'NVTG vergadering 28-10-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 382-408, hier 389-397.
- 192 A.w., p. 395.
- 193 A.w., p. 397.
- 194 A.w., p. 391.
- 195 A.w., p. 398.
- 196 A.w., p. 401.
- 197 Kan, *Het tropisch geneeskundig onderwijs*, p. 5.
- 198 A.w., pp. 1-2 en 4.
- 199 A.w., p. 24.
- 200 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2396; Van

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

Heteren, 'De tropencursus te Amsterdam', pp. 38-39 en 47; De Vries, *Partnership in international health*, p. 1; Willemsen, *Van tentoonstelling*, p. 48.

4 Het interbellum

- 201 'NVTG vergadering ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan, 9-12-1917', in: *NTvG*, 1918 I, pp. 1472-1492, hier 1478.
- 202 A.w., p. 1474.
- 203 Idem.
- 204 A.w., p. 1477.
- 205 'NVTG vergadering 26-5-1918', in: *NTvG*, 1918 II, pp. 1512-1526, hier 1515. Een voorbeeld van praktisch-medische bespreking werd medio jaren twintig gegeven. Toen was het de Geneeskundige Raad van het Departement van Koloniën opgevallen dat het aantal gevallen van tuberculose in Indië sterk was toegenomen. Er werden daarvoor verschillende verklaringen gegeven, zoals naweën van de Spaanse griep van 1918-1919, maar de meningen liepen nogal uiteen en hoe dan ook waren bewijzen moeilijk te vinden. Er werd toen door een officier van gezondheid van Bronbeek naar voren gebracht dat 'in den laatsten tijd vooral onder de jongere officieren van gezondheid de meening werd geuit, dat de inenting tegen cholera en typhus, die in den laatsten tijd zoo veelvuldig wordt toegepast, de oorzaak zou zijn van het optreden van tuberculose. De mogelijkheid is toch niet buitengesloten dat de inenting een latente tuberculose activeert.' Maar ook daar werden de nodige vraagtekens bij gezet. Dat het één gelijktijdig optrad met het ander, zo was de communis opinio tijdens een NVTG-vergadering in november 1925, hoefde immers nog niet te zeggen dat zij ook met elkaar te maken hadden. Bovendien: zelfs als het zo zou zijn dat de inenting enkele latente gevallen hadden geactiveerd, was dat dan reden genoeg om de inenting stop te zetten? (Zie archief NVTG, notulen bestuursvergadering 20-11-1925.) Na enig heen en weer gepraat waren de leden van het NVTG-bestuur het erover eens dat de kans dat de tuberculosegolf was ontstaan door de inenting tegen cholera en tyfus als klein moest worden beschouwd, maar dat het natuurlijk nooit kwaad kon hier enig onderzoek naar te verrichten, al was het maar 'om het publiek, dat waarschijn-

lijk van dat gevaar gehoord heeft en wel geneigd zal zijn het te overdrijven, gerust te stellen'. Dat onderzoek moest echter met de nodige omzichtigheid worden uitgevoerd 'ten einde niet een zoo nuttige maatregel als de inenting tegen typhus en cholera noodeloos in discrediet te brengen'. Derhalve zou niet een officieel Indisch orgaan, maar Kiewiet de Jonge in Batavia worden verzocht dat onderzoek uit te voeren, 'opdat aan deze zaak niet te veel ruchtbaarheid gegeven wordt'. Uit diens onderzoek bleek dat er geen verband tussen de tuberculosegolf en de inenting bestond waarop werd besloten 'deze zaak verder te laten rusten'. Zie archief NVTG, notulen bestuursvergadering 20-11-1925; 'NVTG vergadering 24-10-1926', in: *NTvG*, 1926 II, pp. 2846-2868, hier 2846-2847.

206 'NVTG vergadering 30-1-1921', in: *NTvG*, 1921 I, pp. 2763-2768, hier 2764.

207 'NVTG vergadering 4-2-1923', in: *NTvG*, 1923 I, pp. 2592-2607, hier 2592-2593.

208 'NVTG vergadering 5-3-1922', in: *NTvG*, 1922 II, pp. 398-414, hier 399; 'NVTG vergadering 4-2-1923', in: *NTvG*, 1923 I, pp. 2592-2607, hier 2593.

209 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 30-6-1918, 12-10-1918, 7-10-1920, 9-1-1923; 'NVTG vergadering 3-2-1924', in: *NTvG*, 1924 I, pp. 3061-3072, hier 3062-3063.

210 'NVTG algemeene vergadering 25-5-1913', in: *NTvG*, 1913 II, pp. 1423-1439, hier 1425; archief NVTG, notulen bestuursvergadering 3-1-1936; 'NVTG vergadering 19-1-1936', in: *GTNI*, 1936, pp. 2096-2106, hier 2096-2097; Winkel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2395.

211 'NVTG vergadering 22-2-1925', in: *NTvG*, 1925 II, pp. 781-782; archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 10-1-1926, 24-9-1927, 28-1-1928.

212 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 2-1-1930.

213 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 12-6-1921, 14-10-1923; 'NVTG vergadering 12-6-1921', in: *NTvG*, 1921 II, pp. 1629-1644, hier 1630; 'NVTG vergadering 12-10-1921', in: *NTvG*, 1922 I, pp. 136-159, hier 136.

214 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 9-1-1927, 13-3-1927, 15-5-1927; 'NVTG vergadering 23-1-1927', in: *NTvG*, 1927 I, pp. 2578-2580.

215 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 6-2-1932, 24-4-1932, 23-10-1932; 'NVTG vergadering 13-2-1927', in: *NTvG*, 1927, pp. 2278-2300, hier

- 2279; 'NVTG vergadering 24-4-1932', in: *NTvG*, 1932, pp. 4486-4493, hier 4486; 'NVTG vergadering 21-5-1933', in: *NTvG*, 1933, pp. 3921-3932, hier 3921.
- 216 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 11-1-1934, 31-1-1934; 'NVTG gezamenlijke vergadering met Belgische Vereniging voor Tropische Geneeskunde, 24 en 25-3-1934', in: *NTvG*, 1934, pp. 2945-2985, hier 2948; NVTG vergadering 28-10-1934', in: *NTvG*, 1935, pp. 109-110, hier 109.
- 217 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 31-1-1934, 11-5-1934; 'NVTG vergadering 20-1-1935', in: *GTNI*, 1935, pp. 1510-1523, hier 1510.
- 218 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 31-5-1934, 3-1-1936, 2-2-1941; 'NVTG vergadering 18-12-1949', in: *NTvG*, 1950 III, pp. 2510-2516, hier 2512.
- 219 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 10-11-1940, 2-2-1941.
- 220 'NVTG vergadering 18-12-1949', in: *NTvG*, 1950 III, pp. 2510-2516, hier 2512; Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 10-12-1951.
- 221 Schüffner, 'De NVTG', p. 5636.
- 222 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 14-10-1926; 'NVTG vergadering 24-10-1926', in: *NTvG*, 1926 II, pp. 2846-2868, hier 2847. Zie voor de problematiek van de wetenschappelijke tweedeling in de medische wetenschap na de oorlog, ook: 'NVTG vergadering 27-5-1923', in: *NTvG*, 1923 II, pp. 2098-2110, hier 2098.
- 223 Brieven Nieuwenhuis, Universiteit Leiden DPL 2591, F9P.
- 224 'NVTG vergadering 29-5-1927', in: *NTvG*, 1927 II, pp. 568-582, hier 568.
- 225 'NVTG vergadering 29-1-1928', in: *NTvG*, 1928 I, pp. 2260-2280, hier 2261.
- 226 'NVTG vergadering 4-11-1928', in: *NTvG*, 1929, pp. 2199-1336, hier 2199; 'NVTG vergadering 10-2-1929', in: *NTvG*, 1929, pp. 2097-2118, hier 2101; archief NVTG, notulen bestuursvergadering 28-1-1929.
- 227 'NVTG vergadering 10-2-1929', in: *NTvG*, 1929, pp. 2097-2118, hier 2101; 'NVTG vergadering 22-6-1930', in: *NTvG*, 1931, pp. 2105-2137, hier 2105; 'NVTG vergadering 18-1-1931', in: *NTvG*, 1931, pp. 2897-2909, hier 2897-2898.
- 228 'NVTG vergadering 20-10-1929', in: *NTvG*, 1930, pp. 211-229, hier 211.
- 229 'NVTG vergadering 18-1-1931', in: *NTvG*, 1931, pp. 2897-2906, hier 2897-2898.
- 230 'NVTG vergadering 18-12-1949', in: *NTvG*, 1950 III, pp. 2510-2516, hier 2510-2511.
- 231 'NVTG vergadering 13-2-1932', in: *NTvG*, 1932, pp. 2278-2300, hier 2278-2279; archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 23-10-1932, 31-1-1934.
- 232 'NVTG vergadering 20-1-1935', in: *GTNI*, 1935, pp. 1510-1523, hier 1510.
- 233 Brieven van en aan Nieuwenhuis, Universiteit Leiden DPL 2591: F9K.
- 234 Bernhard-Nocht-Institut, *Eine Ausstellung*, p. 5.
- 235 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 13-12-1936; 'NVTG vergadering 13-12-1936', in: *GTNI*, 1937, pp. 886-895, hier 886.
- 236 'NVTG vergadering 25-4-1937', in: *GTNI*, 1937, pp. 1851-1873, hier 1851-1852.
- 237 'NVTG vergadering 27-11-1938', in: *GTNI*, 1939, pp. 681-702, hier 685.
- 238 Idem.
- 239 'NVTG vergadering 19-12-1937', in: *GTNI*, 1938, pp. 673-685, hier 674; *Acta conventus tertii*, passim.
- 240 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 14-11-1938; 'NVTG vergadering 27-11-1938', in: *GTNI*, 1939, pp. 681-702, hier 685.
- 241 A.w., pp. 685-686.
- 242 A.w., pp. 686 en 689.
- 243 Willemsen, *Van tentoonstelling*, p. 119.
- 244 Winkel en Colaço Belmonte, *Het Nederlandsche Roode Kruis*, pp. 23 en 51.
- 245 A.w., pp. 36-37; Van Bergen, *De zwaargewonden eerst*, pp. 357-358.
- 246 Snijders, *De wisselwerking*, pp. 14, 17, 23-24 en 27.
- 247 A.w., p. 24.

Deel II: Ontheemd (1940-1960)

1 De Tweede Wereldoorlog

- 1 Archief KIT, nr. 2905; Van Bergen, *Van genezen in geloof*, p. 404. Van der Kuyp promoveerde in 1962 aan de UvA op een studie over malaria. Promotor was Swellengrebel. In 1968 was hij één jaar lang buitengewoon hoogleraar te Leiden.
- 2 Swellengrebel, *Health of white settlers*, pp. 109-110.
- 3 Archief KIT, nr. 7041: N.H. Swellengrebel aan den heer algemeen secretaris van het KIT, p. 1.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

- 4 Archief KIT, Lonkhuyzen, Opmerkingen en beschouwingen, pp. 35, 38 en 41, citaat 35.
- 5 Archief KIT, pp. 36-37.
- 6 Archief KIT, pp. 39-40.
- 7 Archief KIT, N.H. Swellengrebel aan den heer algemeen secretaris van het KIT, p. 6.
- 8 Archief KIT, algemeen secretaris KIT aan leden dagelijks bestuur, 7-4-1941.
- 9 Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, pp. 519, 525, 531, 534-535 en 590; Verhave, 'Malaria: epidemiologie en immuniteit in de Indische archipel', p. 93.
- 10 'NVTG vergadering 18-5-1919', in: *NTvG*, 1919 II, pp. 1681-1696, hier 1681.
- 11 Archief KIT, nr. 2885.
- 12 Snelders, 'Op weg naar een "Germaansche" volksgezondheid', pp. 6, 8 en 9.
- 13 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 10-11-1940 en 2-2-1941; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2400.
- 14 Winckel, a.w., p. 2400; Verhave, *N.H. Swellengrebel*, z.p.
- 15 'NVTG vergadering 2-2-1941', in: *NTvG*, 1941 III, pp. 3653-3657, hier 3653. Probleem bij deze woorden is dat degene die ze neerschreef, Winckel dus, in de oorlog tevens lid was van het hoofdbestuur van het Nederlandsche Roode Kruis. Dat nu getuigde, om Winkels eigen woorden te gebruiken, van heel wat minder 'onafhankelijkheidszin' in die jaren. Zie Van Bergen, De zwaargewonden eerst?, pp. 414-480.
- 16 'NVTG vergadering 23-2-1947', overdruk *NTvG*, p. 1.
- 17 'NVTG vergadering 18-12-1949', in: *NTvG*, 1950 III, pp. 2510-2516, hier 2511.
- 18 Idem.
- 19 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2400.
- 20 A.w., p. 2401.
- 21 Brieven Nieuwenhuis, Universiteit Leiden DPL 2591 F9A.
- 22 Brieven Nieuwenhuis, Universiteit Leiden DPL 2591 F9A, brief Verwey nr. 844, Amsterdam 30-3-1943.
- 23 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 10-2-1946; 'NVTG vergadering 10-2-1946', in: *NTvG*, 11-5-1946, pp. 471-478, hier 471; Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2400; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 20.
- 24 'NVTG vergadering 21-2-1937', in: *GTNI*, 1937, pp. 1404-1428, hier 1404; 'NVTG vergadering 4-2-1923', *NTvG*, 1923 II, pp. 2592-2607, hier 2604-2607; Brieven Nieuwenhuis, Universiteit Leiden DPL 2591 F7, brief van Nieuwenhuis, 31-8-1942.
- 25 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 18-3-1928.
- 26 Lindeboom, *Dutch medical biography 1475-1975*, pp. 1783-1784.
- 27 Verhave, *Swellengrebel-biografie*, ongepagineerd; informatie prof.dr. M. van Lieburg, bibliothecaris KNMG.
- 28 Archief KIT, nr. 1308: notulen vergadering dagelijks bestuur, 10-12-1946 (punt 2), 3-1-1947 (punt 2).
- 29 In 't Veld, *De zuivering*, p. 79.
- 30 A.w., pp. 77-78.
- 31 De Vries, *Geschiedenis van het verzet*, pp. 148-150.
- 32 Verhave, *Swellengrebel-biografie*, ongepagineerd.
- 33 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 21-5-1949.
- 34 'NVTG vergadering 12-2-1950', in: *NTvG*, 14-10-1950, pp. 3003-3012, hier 3003-3006, citaat 3006.
- 35 Archief KIT, nr. 1308: notulen vergadering Raad van Beheer, 19-11-1945, punt 13.
- 36 Archief KIT, notulen vergadering dagelijks bestuur, 10-12-1946 (punt 2), 3-1-1947 (punt 2).
- 37 Verhave, *Swellengrebel-biografie*, ongepagineerd.

2 Afscheid van Indië

- 38 Van Doorn, *De laatste eeuw van Indië*, pp. 91-92.
- 39 De Knecht-Van Eekelen, 'Tropische geneeskunde', p. 427.
- 40 A.w., p. 428.
- 41 Kits van Waveren, 'De artsenpositie', p. 3438.
- 42 Van Bergen, *Een menslevende en nationale taak*, p. 208.
- 43 'NVTG vergadering 7-12-1947', in: *NTvG*, 1948 III, pp. 2605-2609, hier 2605.
- 44 'Medische Coördinatie Commissie', in: *NTvG*, 1947, pp. 3755-3756, hier 3756 (cursivering LvB).
- 45 A.w., p. 3755.
- 46 A.w., p. 3756.
- 47 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 20-1-1948.
- 48 Idem.
- 49 Idem; a.w., 15-2-1948.
- 50 'NVTG vergadering 15-2-1948', in: *NTvG*, 1948 IV, pp. 3480-3484, hier 3480.
- 51 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 25-4-1948.
- 52 'NVTG vergadering 12-12-1948', in: *NTvG*, 1948 IV, pp. 3673-3684, hier 3673-3674 (citaat 3674).
- 53 Van Wulfften Palthe, 'De artsenpositie in Indië', p. 122.
- 54 Van Wulfften Palthe, 'Psychologische beschouwingen', pp. 426-428.
- 55 'NVTG vergadering 12-12-1948', in: *NTvG*, 1948 IV, pp. 3673-3684, hier 3674.

- 56 Kits van Waveren, 'De artsenpositie', pp. 3443-3444 en 3451.
- 57 A.w., p. 3460.
- 58 Van Bergen, *Een menslievende en nationale taak*, pp. 212-213.
- 59 A.w., p. 213
- 60 Dinger, *De ontwikkeling*, p. 23.
- 61 A.w., p. 12.
- 62 Van Steenis, *De kringloop*, p. 20 (cursivering LvB).
- 63 Van Loghem, 'Indië vóór de oorlog', p. 3.
- 64 Winckel, 'De Dienst der Volksgezondheid', pp. 9-10.
- 65 A.w., p. 5.
- 66 Winckel, 'De Dienst der Volksgezondheid', pp. 7-8.
- 67 A.w., p. 9.
- 68 A.w., p. 14 (cursivering LvB).
- 69 A.w., p. 15.
- 70 Offringa, 'Geneeskundige hulp aan de Javaanse bevolking', p. 41.
- 71 Idem.
- 72 Idem.
- 73 A.w., p. 42.

3 De NVTG in de jaren na de oorlog

- 74 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 28-9-1947, 20-1-1948, 12-12-1948.
- 75 Archief NVTG, notulen ledenvergadering/jaarverslagen, 2-3-1963.
- 76 'Medicus Tropicus revisited: vier decennia tropenverhalen', in: *Medicus Tropicus*, november 2005, pp. 9-11, hier 10.
- 77 Idem.
- 78 Bijvoorbeeld P.A. Kager, 'Ingezonden', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1997, p. 8.
- 79 De vergadering van 10 februari 1946 was bijvoorbeeld vrijwel geheel aan de kampproblematiek gewijd, met lezingen van H.J. Flieringa over 'Kampoogen', A.A. Hulshof over 'De gezondheidstoestand der repatrieerenden' en P.R. Keizer over 'Eigen kampervaringen'. Zie 'NVTG vergadering 10-2-1946', in: *NTvG*, 1946, pp. 471-478.
- 80 Zie bijvoorbeeld 'NVTG vergadering 13-12-1953', in: *NTvG*, 1955, pp. 676-679, hier 676-677 (J. Bierdrager, 'De gezondheidstoestand op Nieuw-Guinea'); 'NVTG vergadering 7-11-1954', in: *NTvG*, 1955, pp. 2834-2840, hier 2834-2839 (P.H. van Thiel, 'Proefproject voor de bestrijding van malaria in Nederlands Nieuw-Guinea'); 'NVTG vergadering 7-11-1954', in: *NTvG*, 1955, pp. 2834-2840 (R. Luyken, 'Voedingsonderzoek in Nieuw-Guinea'); 'NVTG vergadering 12-12-1954', in: *NTvG*, 1956, pp. 1342-1345, hier 1342 (M. Dorren, 'De oorzaken van de ontvolking op Z.-Nieuw-Guinea'); archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 17-12-1960, 1-2-1963.
- 81 De Vries, *Partnership in international health*, p. 2; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, pp. 21-22; Voorhoeve, *De tropische geneeskunde anno 2007*, p. 2.
- 82 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 22.
- 83 Idem.
- 84 Van Bergen, *Van genezen in geloof*, pp. 576-578.
- 85 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 23.
- 86 A.w., p. 24.
- 87 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2399.
- 88 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 11-1-1934, 31-1-1934; 'NVTG vergadering 21-1-1934', in: *NTvG*, 1934, pp. 1385-1393, hier 1385.
- 89 'NVTG gezamenlijke vergadering met Belgische Vereniging voor Tropische Geneeskunde, 24 en 25-3-1934', in: *NTvG*, 1934, pp. 2945-2985, hier 2945.
- 90 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 12-12-1948.
- 91 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 21-5-1949, 9-10-1949, 18-12-1949; NVTG, vergadering 9-10-1949, p. 1.
- 92 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 19-2-1950.
- 93 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 6-12-1950.
- 94 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 21-6-1959.
- 95 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 25-10-1959, 28-2-1960, 17-12-1960, 16-12-1961, 26-1-1962, 4-3-1962.
- 96 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 15-4-1969; archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 10-10-1970.
- 97 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2399; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 20.
- 98 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 21-5-1933, 31-1-1934.
- 99 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering, 18-5-1947; *NVTG*, vergadering 18-5-1947, p. 1.
- 100 'NVTG vergadering 28-9-1947', in: *NTvG*, 1948 II, pp. 1566-1580, hier 1566.
- 101 *NVTG*, vergadering 26-9-1948, p. 1.
- 102 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 22-2-1953.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

- 103 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 19-11-1965.
- 104 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 5-1-1966.
- 105 Van Andel, 'Tropenarts en toekomst', p. 771.
- 106 'Brief van de KNMG – erkenning opleiding tot tropenarts', in: *Medicus Tropicus*, juni 2000, p. 2; 'Jaarverslag 2000 van het bestuur', in: *Medicus Tropicus*, maart 2001, pp. 1-3, hier 1; Hagebouw, 'Positionering', passim; Chabot en Van der Velden, 'Tropengeneeskunde of transculturele geneeskunde', p. 499.

4 Naar een nieuwe, praktische invulling van het métier

- 107 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 22-2-1953, 28-2-1954.
- 108 Winckel, 'De NVTG 1907-1957', p. 2402.
- 109 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 33; De Geus, *Bruggenbouwers*, p. 13.
- 110 Zuidema, *Klemmende vraagstukken*, passim.
- 111 A.w., p. 19 (cursivering LvB).
- 112 Willemsen, *Van tentoonstelling*, p. 99.
- 113 A.w., pp. 205-207.
- 114 A.w., p. 207.
- 115 P.J. Zuidema, 'Prof.dr. H.A.P.C. Oomen: 50 jaar arts, 80 jaar', in: *Medicus Tropicus*, februari 1982, p. 1; Oomen, *Armelijke voeding*, p. 22; Oomen, *As I remember him*, ongepagineerd [4-6].
- 116 Oomen, *As I remember him*, ongepagineerd [9-10, ci-taat 10].
- 117 Oomen, 'De toekomst', p. 1538.
- 118 A.w., p. 1536.
- 119 Idem.
- 120 A.w., pp. 1536-1537.
- 121 A.w., p. 1537.
- 122 Idem.
- 123 A.w., p. 1538.
- 124 Idem.
- 125 Idem.
- 126 Archief NVTG, notulen bijzondere vergadering, 12-2-1959.
- 127 Idem.
- 128 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 2-12-1960.
- 129 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 22-2-1959; ook: Zuidema, *NVTG 1907-1982*, pp. 5, 22 en 24-25; De Vries, *Partnership in international health*, pp. 2-3.

Deel III: Hotel De Wereld (1960-2007)

1 Van Commissie Werkkring Tropen tot Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden

- 1 'NVTG', in: *Medicus Tropicus*, februari 1968, p. 1.
- 2 Archief KIT, nr. 3595: Opdracht voor de commissie, p. 1.
- 3 H. Ottens, 'Commissie Werkkring Tropen opgeheven', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1973, pp. 1-2, hier 1.
- 4 Idem.
- 5 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 25-10-1959; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 25.
- 6 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, pp. 25-26; De Vries, *Partnership in international health*, p. 3.
- 7 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 12-2-1960; informatie J.F. Wendte.
- 8 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 12-2-1960.
- 9 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 2-12-1960.
- 10 'Bemiddelingsbureau Commissie Werkkring Tropen', in: *Medicus Tropicus*, februari 1967, p. 4.
- 11 Ottens, a.w., p. 2.
- 12 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 24-10-1962.
- 13 'NVTG', in: *Medicus Tropicus*, februari 1968, p. 1.
- 14 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 24-2-1964, 19-9-1964; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 26; De Vries, *Partnership in international health*, p. 3.
- 15 'NVTG', in: *Medicus Tropicus*, februari 1965, p. 1.
- 16 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 26-10-1963.
- 17 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 11-1-1964; 'Van de redactie', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1965, p. 1.
- 18 'Ten geleide', in: *Medicus Tropicus*, november 1963, p. 1.
- 19 G.T. Haneveld, 'De enquête', in: *Medicus Tropicus*, november 1965, p. 1.
- 20 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1966.
- 21 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 19-11-1965
- 22 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 16-2-1966.
- 23 Ottens, a.w., p. 2.

2 Groeiende belangstelling voor medische ontwikkelingshulp

- 24 Zie bijvoorbeeld Van Bergen, *Van genezen in geloof*, pp. 574-578.
- 25 Daniels en Van Strien, *Medisch Comité Nederland-Vietnam*, pp. 4-5.
- 26 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 19-11-1965, 5-1-1966, 1-7-1966; archief NVTG, notulen ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1965, p. 2.
- 27 'Korte samenvattingen refereer-bijeenkomst 6 februari 1987', in: *Medicus Tropicus*, juni 1987, p. 4.
- 28 'Nationale voorbereidingscursus voor tropenartsen', in: *Medicus Tropicus*, mei 1965, p. 2.
- 29 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergaderingen 17-1-1970, 22-5-1970, 3-4-1971 en jaarverslag 1970.
- 30 H.R. Folmer, 'Van de redactie', in: *Medicus Tropicus*, februari 1973, p. 1.
- 31 Voorhoeve, *Tropische geneeskunde anno 2007*, p. 2.
- 32 'Medicus Tropicus revisited: vier decennia tropenverhalen', in: *Medicus Tropicus*, november 2005, pp. 9-11, hier 9-10; De Vries, *Partnership in international health*, p. 3.
- 33 Voorhoeve, *Tropische geneeskunde anno 2007*, p. 2.
- 34 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 21-2-1964.
- 35 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 34; De Geus, *Bruggenbouwers*, p. 14.
- 36 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 34.
- 37 'Instituut voor Tropische Hygiëne, Amsterdam', in: *Medicus Tropicus*, april 1967, p. 1.
- 38 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 6; De Vries, *Partnership in international health*, p. 4.
- 39 Archief KIT, nr. 6885: Th.A.C. Hanegraaf, Het Medisch Research Centre te Nairobi, p. 1.
- 40 Archief KIT, nr. 6818: Voorstel werkplan medisch centrum Kenya 1964-1965, november 1963, p. 2.
- 41 Archief KIT, nr. 6820: Nationale Raad van Advies inzake Hulpverlening aan Minder Ontwikkelde Landen, De stichting van een medisch research centrum, 29-4-1964, p. 1.
- 42 A.w., pp. 1-2; *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 34.
- 43 Archief KIT, nr. 3595: Rapport over de gehouden enquête onder Nederlandse artsen in de tropen, 12-2-1960, p. 2.
- 44 Archief KIT, nr. 6820: Nationale Raad van Advies inzake Hulpverlening aan Minder Ontwikkelde Landen, De stichting van een medisch research centrum,

29-4-1964, pp. 1-2.

- 45 Archief KIT, nr. 6824: H.A.P.C. Oomen, De functie van het medisch centrum, p. 1.
- 46 *Concept-inventaris KIT-archief*, p. 34.
- 47 Oomen, *As I remember him*, onpagineerd [8].
- 48 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 19-11-1965.
- 49 Archief KIT, nr. 3595: Bonebakker aan minister, 7-1-1966.
- 50 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1967.
- 51 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1966.
- 52 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 9-9-1966, 6-10-1967; archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1967; 'NVTG', in: *Medicus Tropicus*, februari 1968, p. 1.
- 53 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1966.
- 54 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1967.
- 55 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 9-2-1974.
- 56 Henk Bijlmer, 'Het beleid van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde', in: *Medicus Tropicus*, september 1989, pp. 1-2, hier 2.
- 57 Archief NVTG: Henk A. Bijlmer, '1993, een jaar van verandering'.
- 58 Henk A. Bijlmer, 'Koppeling van TGM aan lidmaatschap van de NVTG', in: *Medicus Tropicus*, juli 1992, p. 1; 'Aan de noordzijde van de keerkling', in: *Medicus Tropicus*, juli 1992, p. 1; 'De 86e jaarvergadering', in: *Medicus Tropicus*, december 1992, p. 2; '1993, een jaar van verandering', in: *Medicus Tropicus*, maart 1993, p. 1.
- 59 'Mededelingen van het bestuur', in: *Medicus Tropicus*, oktober 2001, pp. 1-2, hier 1.

3 Radicalisering van het medisch-tropisch gedachtegoed

- 60 Van Bergen, *Van genezen in geloof*, p. 577.
- 61 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 19-6-1967.
- 62 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 6-10-1967.
- 63 'De stichting artsen naar ontwikkelingslanden (SANO in oprichting)', in: *Medicus Tropicus*, april 1969, p. 1; zie voor het suppletievraagstuk ook: Willemsen, *Van*

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

- tentoonstelling, pp. 216-221.
- 64 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1968; archief NVTG, jaarvergadering 18-1-1969; archief NVTG, notulen bestuursvergadering 25-10-1968; 'De stichting artsen naar ontwikkelingslanden (SANO in oprichting)', in: *Medicus Tropicus*, april 1969, p. 1; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, pp. 27-28; De Vries, *Partnership in international health*, p. 4.
- 65 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 4-10-1969; archief NVTG, jaarverslag 1969; archief NVTG, statuten SANO, artikel 1 en 2.
- 66 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 27-1-1973.
- 67 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergaderingen 17-1-1970 (incl. rondvraag), 22-5-1970, 10-10-1970, 25-9-1971, 21-1-1972; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, pp. 27-28; De Vries, *Partnership in international health*, p. 4. Zo zouden medio 1971 17 particuliere artsen worden ondersteund. Begin 1972 werden reeds 59 artsen ondersteund: elf SANO/DTH-artsen, 18 SANO-artsen en twintig artsen uit het particulier initiatief.
- 68 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, pp. 25-26; De Vries, *Partnership in international health*, p. 4.
- 69 V. van Amelsvoort, 'Med. Trop. Interview: SANO', in: *Medicus Tropicus*, juni 1975, p. 3.
- 70 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 28.
- 71 In OPIT werkten diverse groepen samen: Memisa, Medicus Mundi, Dienst over de Grenzen, het zendings bureau van de Nederlands-Hervormde Kerk, het Zeister Zendings Genootschap, het zendingscentrum van de Gereformeerde Kerken, Terre des Hommes en de Nederlandse Lepra Stichting. Tevens waren ICCO, CEBEMO en SIMAVI bij de beraadslagingen betrokken. Zie V. van Amelsvoort, 'Med. Trop. Interview: SANO', in: *Medicus Tropicus*, juni 1975, p. 3.
- 72 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 28.
- 73 A.w., p. 29.
- 74 Idem.
- 75 'SANO 1996 met overzicht van het laatste decennium (1987-1997)', in: *Medicus Tropicus*, februari 1997, pp. 3-5, hier 3; De Vries, *Partnership in international health*, p. 4.
- 76 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1968; archief NVTG, vergadering 18-1-1969; archief NVTG, notulen bestuursvergadering 25-10-1968.
- 77 Archief NVTG, notulen bestuursvergaderingen 6-1-1969, 27-2-1969.
- 78 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 4-10-1969.
- 79 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 13-12-1969.
- 80 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 23-1-1971.
- 81 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 27-1-1973; Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 26; De Vries, *Partnership in international health*, p. 3; H. Ottens, 'Commissie Werkkring Tropen opgeheven', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1973, pp. 1-2.
- 82 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1969.
- 83 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1970.
- 84 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 28-10-1972.
- 85 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 26-10-1963.
- 86 'NVTG vergadering 21-10-1967', in: *NTvG*, 1968, pp. 633-636, hier 633-635.
- 87 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 3-4-1971.
- 88 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslagen 1969 en 1971.
- 89 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 29-1-1972.
- 90 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, jaarverslag 1972.
- 91 Archief NVTG, Memorandum betreffende wisseling hoofdredacteur *Medicus Tropicus*, pp. 1-2.
- 92 H.R. Folmer, 'Van de redaktie', in: *Medicus Tropicus*, februari 1973, p. 1.
- 93 Archief NVTG, Memorandum betreffende wisseling hoofdredacteur *Medicus Tropicus*, p. 3.
- 94 Folmer, a.w., p. 1.
- 95 'Jenever als oordruppels...', in: *Medicus Tropicus*, oktober 2005, p. 7.
- 96 E. Wennen, 'Waarom nog artsen naar ontwikkelingslanden', in: *Medicus Tropicus*, februari 1973, pp. 2-3, hier 2.
- 97 A.w., p. 3.
- 98 Idem.
- 99 W.J.O.M. van Dijk, 'De uitzending van Nederlandse artsen naar ontwikkelingslanden op bilaterale basis. Hulpverlening of ontwikkelingsbijdrage', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1971, p. 2.
- 100 Idem.

- 101 Idem.
 - 102 'In memoriam prof.dr. O. Kranendonk (1923-2002)', in: *Medicus Tropicus*, 2002, pp. 7-8.
 - 103 Kranendonk, *Gezondheid in ontwikkelingslanden*, p. 20.
 - 104 Bijvoorbeeld archief KIT, nr. 2845, pp. 4 en 5.
 - 105 Archief KIT, nr. 2849, p. 7a.
 - 106 O. Kranendonk, 'De toekomst van de tropenarts', in: *Medicus Tropicus*, december 1970, pp. 1-2, hier 1.
 - 107 Idem.
 - 108 Idem.
 - 109 Idem.
 - 110 Idem.
 - 111 Archief NVTG, notulen bestuursvergadering 9-12-1966.
 - 112 Archief NVTG, ledenvergaderingen/jaarverslagen, vergadering 9-2-1974 en jaarverslag van de penningmeester over 1974.
- #### 4 Het recht op gezondheid
- 113 De Vries, *Partnership in international health*, p. 5.
 - 114 Van Bergen, *Van genezen in geloof*, p. 578.
 - 115 'Concept notulen vergadering 31-1-1987', in: *Medicus Tropicus*, april 1987, pp. 2-3, hier 2; 'Van de scheidende en de komende nieuwe voorzitter', in: *Medicus Tropicus*, maart 1989, p. 1.
 - 116 De Vries, *Partnership in international health*, p. 5. In 2007 is het aantal werkgroepen zestien.
 - 117 'Groep: Artsen Terug naar Tropen (ATNT)', in: *Medicus Tropicus*, december 1976, p. 2.
 - 118 G.P.A. Joosten, 'Artsen terug naar tropen', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1977, pp. 2-3, hier 2.
 - 119 A.w., p. 3.
 - 120 De Vries, *Partnership in international health*, pp. 5-6.
 - 121 G.P.A. Joosten, 'Het beleid van de NVTG', in: *Medicus Tropicus*, december 1989, p. 2.
 - 122 Leny Claessen-van Swaay, 'Het beleid van de NVTG, een reactie van de BOW-MOS', in: *Medicus Tropicus*, december 1989, p. 3.
 - 123 A.w., pp. 4-5.
 - 124 Zuidema, *NVTG 1907-1982*, p. 4.
 - 125 'Voorstel tot wijziging van de statuten', in: *Medicus Tropicus*, oktober-december 1983, pp. 1-3, hier 3.
 - 126 'Voorstel tot het oprichten van een werkgroep Geschiedenis Tropische Geneeskunde binnen de NVTG', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1986, pp. 3-4; J.J. Laarman en J.P. Verhave, 'Werkgroep Geschiedenis Tropische Geneeskunde', in: *Medicus Tropicus*, juni 1987, p. 1.
 - 127 'Statuten', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1984, pp. 1-3, hier 1 (artikel 2).
 - 128 'Concept-notulen vergadering 28-1-1984', in: *Medicus Tropicus*, december 1984, pp. 2-3, hier 2; Leny Claessen-van Swaay, 'Het beleid van de NVTG, een reactie van de BOW-MOS', in: *Medicus Tropicus*, december 1989, p. 3; 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1991, p. 1; 'Medicus Tropicus revisited: vier decennia tropenverhalen', in: *Medicus Tropicus*, november 2005, pp. 9-11, hier 10.
 - 129 'Aan de noordzijde van de keerkring', *Medicus Tropicus*, december 1990, p. 1.
 - 130 'Hinke Jeeninga et al., 'Oprichting van de werkgroep "Gezondheidszorg en Ontwikkelingssamenwerking"', in: *Medicus Tropicus*, december 1990, pp. 2-3.
 - 131 V. van Amelsvoort, 'Een witte raaf uit Genève', in: *Medicus Tropicus*, maart 1975, p. 2.
 - 132 P.J. Zuidema, 'SIMAVI prijsvraag. Community health care in a rural area', in: *Medicus Tropicus*, juni 1975, p. 1.
 - 133 *Medicus Tropicus*, augustus 1978, p. 1.
 - 134 Willem O.J.M. van Dijk, 'Primary Health Care: een begrip', in: *Medicus Tropicus*, juni 1976, p. 1; ook: 'Arts en oorlog in Zuidelijk Afrika', in: *Medicus Tropicus*, mei 1989, pp. 3-4, 3; Willemsen, *Van tentoonstelling*, p. 229.
 - 135 E. Odé, 'Alma Ata 1978. Een nieuwe visie?', in: *Medicus Tropicus*, februari 1979, pp. 2-3, hier 2; zie ook: Willemsen, *Van tentoonstelling*, p. 229.
 - 136 Idem.
 - 137 Idem.
 - 138 Peter Kok, 'PHC voor en na 1978', in: *Medicus Tropicus*, oktober 2003, pp. 1-4, hier 1.
 - 139 A.w., p. 2.
 - 140 Jaap Hamel, 'Primary Health Care – who cares?', in: *Medicus Tropicus*, april 1984, p. 1.
 - 141 Idem.
 - 142 Rypkema, 'De medische specialist', p. 1626.
 - 143 Elly Engelkes, 'Primary Health Care', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1984, p. 1.
 - 144 H.W.A. Voorhoeve, 'Interdisciplinary conference on Primary Health Care in the tropics, tropical diseases and zoonoses, 13-15 april, Geneva', in: *Medicus Tropicus*, juni 1987, pp. 2-3, hier 2.
 - 145 Eric van Praag, 'Interregional meeting on strengthening district health systems based on Primary Health Care', in: *Medicus Tropicus*, april 1988, pp. 1-2, hier 1.

Van koloniale geneeskunde

tot internationale gezondheidszorg

- 146 'Declaration of the Harare conference on strengthening district health systems based on Primary Health Care', in: *Medicus Tropicus*, april 1988, pp. 2-3, hier 2.
- 147 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, juli 1992, p. 1.
- 148 R. Giel, 'De wraak van Illich', in: *Medicus Tropicus*, december 1976, p. 1.
- 149 W.F.C. Hardeman, 'Vraag naar norm knaagt', in: *Medicus Tropicus*, december 1976, pp. 1-2, 1.
- 150 G.P.A. Joosten, 'How to apply technology', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1976, pp. 1-2, hier 1.
- 151 Idem.
- 152 Idem.
- 153 Idem.
- 154 A.w., p. 2.
- 155 *Medicus Tropicus*, februari 1977, p. 1.
- 156 'Tool', in: *Medicus Tropicus*, februari 1977, pp. 1-2, hier 1.
- 157 L.C. Vogel en J. Kuné, 'Minister Pronk's memorie van toelichting', in: *Medicus Tropicus*, december 1977, pp. 1-2.
- 158 Archief KIT, nr. 2703: N.H. Vink aan ministerie BuZa (DGIS), 7-5-1987; archief KIT, nr. 2703: J.C.J. Mohrmann aan Bukman, 22-3-1988.
- 159 G.P.A. Joosten, 'Artsen terug naar de tropen bij de minister', in: *Medicus Tropicus*, december 1978, p. 5.
- 160 Idem.
- 161 Idem.
- 162 Idem. Die versnippering bleef de NVTG een doorn in het oog. Ter gelegenheid van het 90-jarig bestaan werd bijvoorbeeld 'vanuit de meer op actie gerichte benadering' een persbericht de wereld ingezonden met de voor doorgewinterde actievoerders duidelijk nog enigszins onwennig aandoende titel: 'De NVTG waarschuwt voor versnippering en eenrichtingsverkeer van de medische ontwikkelingssamenwerking'. De vereniging wees op de vele organisaties die zich allen bezighielden met (een klein deel) van het veld, maar op zijn best slecht met elkaar communiceerden en op zijn slechtst elkaar beconcurrerden. Het gevolg was een afname van vertrouwen van de Nederlandse bevolking in het nut van medische ontwikkelingssamenwerking. Dat gebrek aan communicatie was er tevens tussen Noord en Zuid. Daar moest iets aan worden gedaan, wat leidde tot overleg 'met de grotere organisaties die zich [in Nederland] met "international health" bezighielden', waaronder dus ook de NVTG zelf. Zie Jarl Chabot, 'Opening lustrumjaar NVTG', in: *Medicus Tropicus*, juni 1997, pp. 1-2, hier 2.
- 163 De Vos, 'De notitie gezondheidszorg van minister Schoo', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1986, pp. 1-2, hier 1.
- 164 Van Hussen, 'Hebben Nederlandse tropenartsen een plaats', p. 783.
- 165 Idem.
- 166 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1993, p. 3.
- 167 R.P. Dubbeldam et al., 'Better health in Africa: de nieuwe leidraad voor gezondheidszorg in Afrika?', in: *Medicus Tropicus*, juli 1996, pp. 1-5, hier 1.
- 168 A.w., pp. 3-4.
- 169 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, juli 1996, p. 3.
- 170 Joost van der Meer, 'De derde-wereld's schuld', in: *Medicus Tropicus*, december 1998, pp. 4-6, hier 4.
- 171 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1998, p. 3.
- 172 'Mededelingen van het bestuur', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1999, pp. 1-4, hier 1.
- 173 J. van Roosmalen, 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, december 1999, p. 3.
- 174 Zie bijvoorbeeld ook: Marian Zuure, 'Het beleid van mevrouw Herfkens', in: *Medicus Tropicus*, april 2001, pp. 1-3.
- 175 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, februari 2000, p. 3.
- 176 C.D. van der Does et al., 'NVTG manifest: gevolgen van Nederlandse beleidswijzigingen voor de gezondheid in ontwikkelingslanden', in: *Medicus Tropicus*, juni 2000, pp. 1-2, hier 1. Ook: 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, juni 2000, p. 3; Costijn van der Does, 'Oproep aan de leden in het veld', in: *Medicus Tropicus*, augustus 2000, p. 1.
- 177 Jarl Chabot, 'Moet de NVTG de noodklok luiden?', in: *Medicus Tropicus*, oktober 2000, pp. 2-5, hier 2-3.
- 178 H. van Asten, 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, december 2001, p. 3.
- 179 Pim de Graaf, 'Alma Ata en Primary Health Care 25 jaar later', in: *Medicus Tropicus*, augustus 2003, pp. 1-2, hier 2.
- 180 J. Chabot, 'Solidariteit – bestaat dat nog?', in: *Medicus Tropicus*, december 2002, pp. 1-2.
- 181 Jarl Chabot, 'Opening lustrumjaar NVTG', in: *Medicus Tropicus*, juni 1997, pp. 1-2, hier 1.

- 182 Archief KIT, nr. 6754: O. Kranendonk, Verslag van de WHO/UNDP bijeenkomst, p. 2.
- 183 *Medicus Tropicus*, oktober 1981, p. 1.
- 184 *Medicus Tropicus*, december 1981, p. 1.
- 185 www.wemos.nl.
- 186 'Politiek-sociaal economisch probleem', in: *Medicus Tropicus*, december 1981, p. 1.
- 187 G. de Wildt, 'Gezondheid en politiek in ontwikkelingslanden', in: *Medicus Tropicus*, december 1981 pp. 1-2, hier 2.
- 188 Idem.
- 189 S. Franken, 'Brief van Franken aan De Wildt', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1982, p. 1.
- 190 'Laudatum H.W.A. Voorhoeve', in: *Medicus Tropicus*, maart 1993, p. 4.
- 191 J.J. Laarman, 'NVTG bestaat vijfenzeventig jaar', in: *Medicus Tropicus*, april 1982, p. 1.
- 192 Idem.
- 193 H.W.A. Voorhoeve, 'De Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde: 75 jaar, oud of jong', in: *Medicus Tropicus*, december 1982, p. 1.
- 194 Idem.
- 195 Idem.
- 196 Jaap Hamel, 'Primary Health Care – who cares?', in: *Medicus Tropicus*, april 1984, p. 1.
- 197 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1991, p. 1.
- 198 *Medicus Tropicus*, oktober 1991, p. 1; Gilles de Wildt, 'De Nederlandse tropenarts: een bedreigde soort?', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1991, pp. 2-4.
- 199 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1998, p. 3.
- 200 Moens, 'Een blanke arts', p. 775.
- 201 George Joosten, 'The future role...', in: *Medicus Tropicus*, oktober 2000, pp. 1-2, hier 1.
- 202 'Vergadering NVTG 19-3-2004', in: *Medicus Tropicus*, juni 2004, pp. 1-2, hier 1.
- 203 A.M. Polderman, 'Het twaalfde congres voor tropische geneeskunde', in: *Medicus Tropicus*, augustus 1988, pp. 3-4, hier 3.
- 204 T.W.J. Schulp, 'Impressie van het XXIIth International Congress for Tropical Medicine and Malaria', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1988, p. 1.
- 205 Idem.
- 206 Herman van Enter, 'Verslag van de 3e discussieavond van de NVTG, gehouden op 6 september 1988 te Utrecht', in: *Medicus Tropicus*, oktober 1988, pp. 1-2.
- 207 Henk Bijlmer, 'Het beleid van de NVTG', in: *Medicus Tropicus*, september 1989, pp. 1-2, hier 1.
- 208 J.K.H. Eeftinck Schattenkerk, 'AIDS en de tropenarts', in: *Medicus Tropicus*, december 1986, p. 1.
- 209 Joosten, 'Tropische geneeskunde', p. 534.
- 210 *Naar de tropen*, pp. 6-7 en 50.
- 211 Elinor Moore, 'HIV is changing the face of tropical medicine', in: *British Medical Journal*, 27-5-2006, p. 1280.
- 212 Archief KIT, nr. 6775: NVTG aan UvA, AZUZ, KIT, 6-6-1991; zie voor het belang van kennis over tropische geneeskunde in een multiculturele samenleving ook: *Naar de tropen*, pp. 49-50.
- 213 De Geus, *Bruggenbouwers*, pp. 13-15.
- 214 A.w., pp. 10-11 en 18 (citaat 10-11).
- 215 Archief KIT, nr. 6775: NVTG aan UvA, AZUZ, KIT, 6-6-1991.
- 216 Idem.
- 217 Archief KIT, nr. 6775: Fac. Geneeskunde UvA aan KIT, 11-10-1990/KIT aan Fac. Geneeskunde UvA, 31-10-1990.
- 218 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, december 1997, p. 3.
- 219 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, maart 1998, p. 3; ook: 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, april 1998, p. 3; J. van Roosmalen, 'De stand van zaken rond de tropenopleiding', in: *Medicus Tropicus*, juni 1998, p. 4; De Vries, *Partnership in international health*, p. 6.
- 220 'Aankondigingen', in: *Medicus Tropicus*, december 2002, p. 1; 'Jaarverslag 2002', in: *Medicus Tropicus*, februari 2003, pp. 1-5, hier 2.
- 221 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, december 1993, p. 3; ook: 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, juli 1995, p. 3.
- 222 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, februari 1995, p. 3.
- 223 'Aan de noordzijde van de keerkring', in: *Medicus Tropicus*, juni 1997, p. 3.
- 224 Sondorp, 'Artsen zonder Grenzen', p. 786.
- 225 'Aan de noordzijde van de keerkring. Rwanda', in: *Medicus Tropicus*, juli 1994, p. 3.
- 226 'Notitie "Opleiding tropenartsen Nederland"',

5 Nieuw type gezondheidswerker

Van koloniale geneeskunde

tot internationale gezondheidszorg

- in: *Medicus Tropicus*, september 1996, pp. 1-5, hier 1.
- 227 Chabot en Van der Velden, 'Tropengeneeskunde', passim.
- 228 Klazinga, Van tropische geneeskunde', p. 455; Wendte, 'International health', passim.
- 229 'Notulen van de jaarvergadering, 15 maart 2002', in: *Medicus Tropicus*, juni 2002, pp. 1-4, hier 1.
- 230 'Visie en beleid voor ondersteuning van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en samenwerking in internationale gezondheidszorg', in: *Medicus Tropicus*, oktober 2002, pp. 1-4, hier 1-2.
- 231 A.w., p. 2.
- 232 "'Mag het nu weer stil zijn?' Beleidsplan NVTG', in: *Medicus Tropicus*, april 1998, pp. 1-3, hier 1.
- 233 A.w., p. 2.
- 234 Idem.
- 235 'Wetenschappelijk onderzoek en de NVTG', in: *Medicus Tropicus*, augustus 2001, pp. 2-3, hier 2; 'Mededelingen van het bestuur', in: *Medicus Tropicus*, december 2001, pp. 1-2, hier 1.
- 236 'Notulen van de jaarvergadering, 15 maart 2002', in: *Medicus Tropicus*, juni 2002, pp. 1-4, hier 3; Voorhoeve, *Tropische geneeskunde anno 2007*, p. 4.

Bronnen en literatuur

Archieven

Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde, Wageningen.
Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam.
Brieven aan en van A.W. Nieuwenhuis, Universiteit Leiden DPL 2591.

Vergaderverslagen

Vergaderverslagen van de NVTG, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch- Indië*, 1907-1969.

Tijdschrift

Medicus Tropicus. Uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde, vanaf 1963 tot heden.

Primaire literatuur

- Acta Conventus Tertii de Tropicis Morbis*. Amsterdam 1938.
- Amelsvoort, Vincent van e.a., *Dutch doctors in tropical countries. Memories, experiences and opinions to mark the completion of the 50th National Course for Tropical Doctors*. Amsterdam 1979.
- Amelsvoort, V. van e.a., 'Tien jaar tropenartsen', in: *Medisch Contact*, 1982, pp. 105-109.
- Andel, H.A. van, 'Tropenarts en toekomst', in: *Medisch Contact*, 1992, p. 771.
- Anoniem, 'Brief Amsterdam 10-10-1900', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1900 II, pp. 573-576.
- Chabot, H.T.J. en J. van der Velden, 'Tropengeneeskunde of transculturele geneeskunde. Naar "international health" in Nederland', in: *Medisch Contact*, 1998, pp. 498-500.
- Daniels, C. en D.C. van Strien, 'Medisch Comité Nederland Vietnam, afdeling VU', in: *MFVUE*, maart 1969, pp. 4-5.
- Dinger, J.E., *De ontwikkeling der tropische gezondheidszorg. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar aan de Rijksuniversiteit te Leiden, 13 juni 1947*. Groningen/Batavia 1947.
- Geus, A. de, *Bruggenbouwers. Tropische geneeskunde in Amsterdam*. Dordrecht 1990.
- Hagenouw, R.G.P., 'Positionering tropische geneeskunde', in: *Medisch Contact*, 2000, p. 512.
- 'Het Havenziekenhuis te Rotterdam', in: *Nieuwe Rotterdamsche Courant*, 29-9-1936 ochtendblad.
- Hussen, J.M.H. van, 'Hebben Nederlandse tropenartsen een plaats in het Nederlandse ontwikkelingsbeleid?', in: *Medisch Contact*, 1992, pp. 783-784.

Van koloniale geneeskunde
tot internationale gezondheidszorg

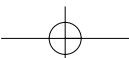
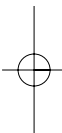
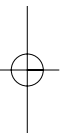
- Jansen, B.C.P., *Het levenswerk van Christiaan Eijkman 1858-1930*. Haarlem 1959.
- Joosten, G.P.A., 'Tropische geneeskunde en medische ontwikkelingssamenwerking', in: *Medisch Contact*, 1994, pp. 533-534.
- Kan, P.Th.L., *Het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland, een stiefkind in geval van monopoliseering aan het Koloniaal Instituut te Amsterdam*. Leiden 1917-1918.
- Käyser, J.D., 'Is framboesia tropica syphilis?', in: *Feestbundel Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*. Batavia 1911, pp. 251-267.
- Kits van Waveren, E., 'De artsenpositie in Indonesië. Verslag uitgebracht naar aanleiding van een inspectiereis in de archipel van 5 september tot 15 oktober 1947, op verzoek van het ministerie van Overzeese Gebiedsdelen', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1947, pp. 3430-3469.
- Klazinga, N., 'Van tropische geneeskunde naar international health', in: *TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2000, p. 455.
- Kouwenaar, W., 'Geneeskundige voorziening op Sumatra's oostkust', in: *Indië voor de oorlog* (overdruk uit *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*). Z.p. 1948, pp. 16-23.
- Kranendonk, O., *Gezondheid in ontwikkelingslanden*. Amsterdam 1964.
- Kuenen, W.A., *Het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland in gevaar door de actie der Leidsche Vereniging tot Bevordering van de Studie der Tropische Geneeskunde*. Amsterdam 1917.
- Kuenen, W.A. en W. Schüffner, 'Het instituut voor scheeps- en tropenhygiëne', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1912 I, pp. 674-679.
- Laarman, J.J. en J.P. Verhave, 'Voorstel tot het oprichten van een werkgroep geschiedenis tropische geneeskunde', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1986, p. 1956.
- Langen, C.D. de, 'Het geneeskundig onderwijs in Indonesië', in: *Indië voor de oorlog* (overdruk uit *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*). Z.p. 1948, pp. 32-38.
- Loghem, J.J. van, 'Indië vóór de oorlog', in: *Indië voor de oorlog* (overdruk uit *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*). Z.p. 1948, pp. 3-4.
- Moens, J.F., 'Een blanke arts in een ontwikkelingsland is maar een onhandig ding', in: *Medisch Contact*, 1992, pp. 775-776.
- Naar de tropen: is dat nog verantwoord? PAOG-congres Nijmegen, 16 december 1994*. Nijmegen z.j.
- 'Nationale Vereniging voor Tropische Geneeskunde', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1907 II, pp. 1651-1652.
- Nieuwenhuis, A.W., *De levensvoorwaarden onder volken op hoogen en op lagen trap van beschaving*. Leiden 1904.
- Offringa, J., 'Geneeskundige hulp aan de Javaanse bevolking door middel van hulpziekenhuizen en polycliniken', in: *Indië voor de oorlog* (overdruk uit *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*). Z.p. 1948, pp. 39-47.
- Oomen, H.A.P.C., 'De toekomst van de Nederlandse tropenarts', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1959, pp. 1536-1539.
- Oomen, H.A.P.C., *Armelijke voeding in tropische gebieden. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de voedingsleer in de tropen aan de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam op 4 juli 1960*. Groningen 1960.
- Oomen, H.A.P.C., *As I remember him. Rede tijdens de gemeenschappelijke vergadering van het NVTG en de Stichting Het Eijkman Medaille Fonds op 30 oktober 1982*. Z.p., z.j.
- Penris, P.W.L., 'Het aandeel der landbouwondernemingen op Java in de geneeskundige voorzieningen van Nederlandsch-Indië', in: *Indië voor de oorlog* (overdruk uit *Nederlands*

- Tijdschrift voor Geneeskunde*). Z.p. 1948, pp. 24-31.
- Peypers, H.F.A., 'Het onderwijs in de tropen-geneeskunde. Dankbaar maar niet voldaan', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1902 II, pp. 32-35.
- Rypkema, S.M., 'De medisch specialist in ontwikkelingslanden', in: *Medisch Contact*, 1979, pp. 1625-1627.
- Saltet, R.H., 'Instituut voor tropenhygiëne', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1911 II, pp. 1706-1707.
- Scheer, A. van der, 'De Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde', in: *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*, 1909, pp. 823-846.
- Schüffner, W.A.P., 'De Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1932, pp. 5634-5636.
- Snijders, E., *De wisselwerking van de westersche en de tropische geneeskunde in den loop harer ontwikkeling*. Amsterdam 1925.
- Sondorp, H.E., 'Artsen zonder Grenzen en de nieuwe tropenarts', in: *Medisch Contact*, 1992, pp. 786-787.
- Steenis, P.B. van, *Een kringloop der tropische geneeskunde*. Amsterdam 1948.
- Stokvis, B.J., 'Het koloniaal-geneeskundig museum te Amsterdam', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1891 II, pp. 245-252.
- Swellengrebel, N.H., 'De afdeling voor tropische hygiëne van het Koloniaal Instituut te Amsterdam', overdruk uit *Eigen Haard*, 26-8-1916.
- Swellengrebel, N.H. en E. van der Kuyp, *Health of white settlers in Surinam*. Z.p. 1940.
- 'Vereeniging Instituut voor Tropische Geneeskunde Rotterdam-Leiden', in: *Acta Leidensia. edita cura et sumptibus Scholae Medicinae Tropicae*. Leiden 1948, pp. 1-13.
- Voorhoeve, H.W.A., *Tropische geneeskunde anno 2007, een paradox? De NVTG en de tropen-arts. Beschouwingen naar aanleiding van het 100-jarig bestaan van de NVTG*. Ongepubliceerd manuscript, 2006.
- Wendte, H., 'International health mag in het medisch onderwijs niet ontbreken', in: *TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2000, pp. 462-464.
- Winckel, Ch.W.F., 'De Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indië', in: *Indië voor de oorlog* (overdruk uit *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*). Z.p. 1948, pp. 5-15.
- Winckel, Ch.W.F., 'De Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde 1907-1957', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1957, pp. 2395-2402.
- Winckel, Ch.W.F. en A. Colaço Belmonte, *Het Nederlandsche Roode Kruis in Ethiopië*. Amsterdam 1936.
- Wulfften Palthe, P.M. van, 'Psychologische beschouwingen omtrent den huidige toestand op Java', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1946 II, pp. 425-431.
- Wulfften Palthe, P.M. van, 'De artsenpositie in Indië', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1948 I, p. 122.
- Zuidema, P.J., *Klemmende vraagstukken voor de geneeskunde in de tropen. Rede bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar aan de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam op 10 november 1958*. Amsterdam z.j.
- Zuidema, P.J., *Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde 1907-1982. Jubileumboek NVTG*. Amsterdam 1982.

Secundaire literatuur

- Bergen, Leo van, *De zwaargewonden eerst? Het Nederlandsche Roode Kruis en het vraagstuk van oorlog en vrede*. Rotterdam 1994.
- Bergen, Leo van, *Een menslievende en nationale taak. Oorlog, kolonialisme en het Rode Kruis in Nederlandsch-Indië*. Soesterberg 2004.
- Bergen, Leo van, *Van genezen in geloof tot geloof in genezen. De medische faculteit van de Vrije Universiteit 1880-2000*. Amsterdam 2005.
- Bernhard-Nocht-Institut, *Eine Ausstellung zum 100-jährigen Bestehen des Tropeninstituts. Centenary exhibition of the Institute for Tropical Medicine*. Hamburg 2000.
- Boomgaard, Peter, 'Dutch medicine in Asia 1600-1900', in: David Arnold (ed.), *Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta 1996, pp. 42-64.
- Borgers, A.H., *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië*. Utrecht 1941.
- Bos, Jaap, 'De querulant en zijn prooi. Evart van Dieren versus Christiaan Eijkman en de beriberi-controverse', in: *Gewina* (2003), pp. 127-147.
- Bras, G., 'Christiaan Eijkman's contribution to nutrition research', in: *Voeding* (1990), pp. 292-293.
- Concept-inventaris archieven Koninklijk Instituut voor de Tropen*. Z.p. z.j.
- Doel, H.W. van den, *Het rijk van Insulinde. Opkomst en ondergang van een Nederlandse kolonie*. Amsterdam 1996.
- Doorn, J.A.A. van, *De laatste eeuw van Indië. Ontwikkeling en ondergang van een koloniaal project*. Amsterdam 1994.
- Eckart, Wolfgang U., *Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884-1945*. Paderborn 1997.
- Haneveld, G.T., 'Van slavenhospitaal tot verantwoorde bedrijfsgezondheidszorg', in: G.M. van Heteren e.a., *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam/Atlanta 1989, pp. 69-81.
- Harrison, Mark, *Public health in British India: Anglo-Indian preventive medicine 1859-1914*. Cambridge 1994.
- Hartog, A.P. den, 'Naar een verbetering van de volksvoeding; de zorg om de voeding in Indonesië voor de onafhankelijkheid', in: G.M. van Heteren e.a. (red.), *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam/Atlanta 1989, pp. 101-114.
- Haynes, Douglas Melvin, 'Social status and imperial service: tropical medicine and the British medical profession in the nineteenth century', in: David Arnold (ed.), *Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta 1996, pp. 208-226.
- Hertog, H. den, *De militair-geneeskundige verzorging in Atjeh 1873-1904*. Amsterdam 1991.
- Heteren, G.M. van, 'De tropencursus te Amsterdam: "een geval van monopolisering"?', in: G.M. van Heteren e.a. (red.), *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam/Atlanta 1989, pp. 33-51.
- Jong, Joop de, *De waaier van het fortuin. Van handelscompagnie tot koloniaal imperium: de Nederlanders in Azië en de Indonesische archipel 1595-1950*. Den Haag 2000.
- Kerkhoff, A.H.M., 'De organisatie van de militaire en burgerlijke geneeskundige dienst in de negentiende eeuw', in: G.M. van Heteren e.a. (red.), *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam 1989, pp. 7-22.

- Knecht-Van Eekelen, A. de, 'De wisselwerking tussen de westerse en de tropische geneeskunde', in: G.M. van Heteren e.a. (red.), *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam/Atlanta 1989, pp. 53-68.
- Knecht-Van Eekelen, A. de, 'Tropische geneeskunde in Nederland, koloniale geneeskunde in Nederlandsch-Indië', in: *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 1992, pp. 407-428.
- [Loos, W. de], *Wetenschappelijke handelingen van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde 1907-1967*. Rotterdam 1968.
- Moore, Elinor, 'HIV is changing the face of tropical medicine', in: *British Medical Journal*, 2006, p. 1280.
- Moulin, D. de, 'Teaching of medicine in the Dutch East Indies', in: G.M. van Heteren e.a. (red.), *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam/Atlanta 1989, pp. 23-32.
- Pati, Bisamoy en Mark Harrison (eds.), *Health, medicine, and empire: perspectives on colonial India*. Londen 2001.
- Snelders, Stephen, 'Op weg naar een "Germaansche" volksgezondheid. Nationaal-socialisme, erfelijkheidsleer en eugenetica in Nederland 1940-1945'. In druk, verschijnt in *Gewina* 2007.
- Veld, N.K.C.A. in 't, *De zuivering van artsen en advocaten. Een bijdrage tot de geschiedschrijving van het vrije beroep*. Den Haag 1983.
- Verhave, J.P., 'Malaria: epidemiologie en immuniteit in de Indische archipel', in: G.M. van Heteren (red.), *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam/Atlanta 1989, pp. 83-100.
- Verhave, J.P., *Aantekeningen over de eerste jaren van de NVTG*. Ongepubliceerd manuscript, in eigen bezit.
- Verhave, J.P., *N.H. Swellengrebel*. Ongepubliceerd manuscript (biografie in wording).
- Vries, Gerard de, Rob van Hest en Jan van Bergen (red.), *Partnership in international health. Bundel ter gelegenheid van het 90-jarig jubileum van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde*. Amsterdam 1997.
- Vries, Ph. de, *Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland. Medisch Contact 1941-1945*. Haarlem 1949.
- Willemsen, Jan, *Van tentoonstelling tot wereldorganisatie. De geschiedenis van de stichtingen Memisa en Medicus Mundi Nederland 1925-1995*. Nijmegen 1996.
- Worboys, M., 'British colonial medicine and tropical imperialism', in: G.M. van Heteren e.a. (red.), *Nederlandse geneeskunde in de Indische archipel 1816-1942*. Amsterdam/Atlanta 1989, pp. 149-164.



Index op personen

- Albert 107
 Amelsfoort, V. van 160
 Ameschoot, T. 71
 Arnaud Gerken, P.R. d' 41
- Bannenberg, W. 160
 Beatrix 125
 Bernhard 115-116
 Beukers, H. 145
 Bijlmer, H. 168
 Bonebakker, A. 109, 121, 128
 Bosch, W. 17
 Brug, S.L. 87-88
 Burg, C.L. van den 33, 45
 Buuren, H.B. van 30, 45
- Chabot, J. 153, 156, 158-159, 173
 Chamberlain, N. 78
 Claus 125
 Colaço Belmonte, A. 79
 Cole-King, S. 162
 Colijn, H. 58
 Cremer, H. 85, 91
 Cremer, J.T. 47, 61
 Crobie, A..C. 13
- Dekker, G. 132-133
 Diepenhorst, I.A. 123, 128
 Dieren, E. van 21
 Dijk, W.J.O.M. van 139, 146
 Dinger, J.E. 91, 100
 Doel, H.W. van den 12
 Does, C. van der 164
 Doorn, J.A.A. van 93
 Doyle, L. 160
- Ebrahim, G.J. 146
 Eckart, W. 12, 86
 Eecke, J.W.F.J. van 20-21
- Eijkman, C. 19-22, 27, 53, 75, 85
 Elders, C. 41
 Emma 107
- Fischer, E. 86
 Flu, P.C. 58, 68, 74-75, 89
 Folmer, H.R. 122, 136-137
 Franken, S. 162
- Geigy, hoogleraar 107
 Geus, A. de 169
 Grijns, G. 75
- Haga, J. 33-34, 40, 51, 94
 Hamel, J. 148
 Haneveld, G.T. 23-24, 122
 Harrison, M. 12-13
 Heldring, E. 85
 Herfkens, E. 157-158
 Hermans, E.H. 18
 Heteren, G. van 158
 Hitler, A. 77, 83
 Hoeven, J.A. van der 86-87
 Hoogkamer, L.J. 30
 Hubrecht, H.F.R. 61
 Hulshof, A.A. 58, 73, 88
- Illich, I. 150, 152
- Jong, D.A. de 56-57, 67
 Joosten, G.P.A. 150-152, 154-155, 160, 164, 168
- Kadt, E. de 162
 Kan, P.Th.L. 56-58, 63-68
 Käyser, J.D. 57, 72, 89
 Kenyatta, M.J. 125
 Kessler, H.J. 30, 34, 50-54
 Kiewiet de Jonge, G.W. 47-51, 58
 Kits van Waveren, E. 93-99

Van koloniale geneeskunde

tot internationale gezondheidszorg

- Kleiweg de Zwaan, J.P. 86
 Klompé, M. 115
 Knecht-van Eekelen, A. de 18, 57, 93
 Koch, R. 27
 Kohlbrugge, J.H.F. 58
 Koning, J. de 154
 Koningsberger, J.C. 75
 Koolemans Beynen, G.J.W. 57, 65-66, 74-75
 Kouwenaar, W. 25, 109
 Kranendonk, O. 121-122, 125, 134, 139-141, 159
 Krause, F.S. 77
 Krause, G. 40-41
 Kuenen, W.A. 18, 23, 39, 41, 55-58, 61, 65-67, 75, 80
 Kuyp, E. van der 83

 Laarman, J.J. 162-163
 Langen, C.D. de 18, 24-25, 74, 93
 Langenbergh, J.F. 30, 54
 Laveran, C.L.A. 29
 Leopold II 27
 Lichtenstein, A. 88
 Lindeboom, G.A. 89
 Loghem, J.J. van 41, 54, 58-61, 64, 90, 101
 Lonkhuyzen, J.J. van 84-85
 Loos, W. de 132, 134
 Lorentz, H.H. 29

 Macgraith, B. 128
 Mahler, H. 146, 149
 Manson, P. 20, 27-29, 33
 Mochtar, A. 88
 Monchy, H.M. de 116
 Moore, E. 168
 Moulin, D. de 145
 Mühlens, P. 77
 Muller, F. 160
 Muntendam, P. 115
 Mussolini, B. 14, 79

 Nauta, H.C. 73
 Navarro, V. 160
 Nieuwenhuis, A.W. 12, 28-31, 33, 35-38, 40, 45, 52-54, 56-57, 60, 62, 69-70, 74, 77, 89, 100
 Noordhoek Hegt, J. 30

 Offringa, J. 26, 41, 103
 Oomen, H.A.P.C. 112-116, 121, 125, 127-128, 132, 139, 140, 153, 163, 167
 Ottens, H. 119, 136, 142

 Pekelharing, C.A. 20
 Penris, P.W.L. 41-42
 Perck, A. 74
 Peypers, H.F.A. 33, 46-48
 Pleijte, T.B. 61, 63-64, 67
 Polderman, A.M. 167
 Pronk, J. 142, 153-155, 158
 Pruys, H.S. 41

 Randwijk, H.M. van 99
 Rodenwaldt, E. 75, 85-86
 Rodhain, J. 107
 Ross, R. 13, 20, 27, 29
 Rypkema, S.M. 149

 Saltet, R.H. 45, 54, 58, 61
 Schaar, P.J. van der 97-98
 Scheer, A. van der 28-32, 49, 51, 62, 69, 71, 75
 Scheurer, J.G. 41
 Schoo, E. 154-155
 Schüffner, W.A.P. 23, 29, 39, 41, 55-57, 59-61, 73-75, 77, 79-80, 86-92, 100
 Schülein, J. 21
 Schulpen, T.W.J. 167
 Segall, M. 138
 Selassie, H. 79
 Simons, Ph. 94, 99
 Simpson, W.J.R. 19
 Snijders, E.P. 39, 75, 77, 79-80, 101
 Soesilo, R. 88
 Spoor, S.H. 99
 Steenis, P.B. van 101
 Stokvis, B.J. 45-46, 99
 Stuiver, P.C. 169
 Swellengrebel, N.H. 34-35, 45, 54, 58, 60-61, 83-87, 90-92

 Tellegen, A.O.H. 137, 146
 Thiel, P.H. van 108
 Udink, B.J. 131-133

 Veld, N.K.C.A. in 't 90
 Verhave, J.P. 33, 90, 92

- Vervoorn, J.D. 122, 132, 136
Vogel, L.C. 135
Vogel, W.Th. de 21-22, 28-30, 32, 56, 75, 77
Voorhoeve, H.W.A. 105, 145, 162-163, 164
- Weck, W. 85-86
Wennen, E. 137-139
Wildt, G. de 162
Wilkens, J.Th. 94, 116
Willemsen, J. 113
Winckel, Ch.W.F. 14, 22, 35, 78-79, 87, 101-102, 111, 114
- Winkler, C. 20, 62
Wolff, J.W. 116
Wolffers, I. 143, 160, 162, 164
Worboys, M. 12, 14
Wulfften Palthe, P.M. van 97-98
- Zijl, A. van der 79, 87
Zuidema, P.J. 111, 114, 128, 132-134, 136, 142, 144, 146, 169

Dankwoord

Ik zou graag van de gelegenheid gebruik maken om op deze plek de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg te bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik hoop het niet te hebben beschaamd. Mijn dank gaat vooral uit naar Ingrid Gerhardt-Kruip, Pieter van den Hombergh, Esther Jurgens, Louis Niessen, Toine Pieters, Jan-Peter Verhave en Hans Wendte voor hun kritische edoch opbouwende commentaar. Ik heb veel hiervan ter harte genomen en hoop dat zij het mij niet euvel duiden dat ik toch ook hier en daar, koppig als ik ben, de tekst heb gelaten zoals hij was. Bovendien gaat mijn dank uit naar het KIT voor het gratis ter beschikking stellen van een groot deel van het beeldmateriaal, en naar Martijn Bakker die de vereniging op mij attent maakte en zo in feite aan de oorsprong van dit boek heeft gestaan.

Maar zoals altijd zijn mijn laatste woorden van dank ten eerste gericht aan Marleen die met haar veelvuldig herhaalde 'En, is het boek al af?' de vaart er goed inhield, en ten tweede aan Charlotte die met haar vraag 'Als het af is, word je zeker weer ontslagen?' die vaart er ook weer enigszins uithaalde.

Leo van Bergen