

Samenvatting en conclusies

Aangezien er uitsluitend gezonde en arbeidsgeschikte bedelaarskolonisten zouden worden opgenomen, was er bij het inrichten van de koloniën van de Maatschappij van Weldadigheid nauwelijks rekening gehouden met medische voorzieningen. Uit zuinigheidsoverwegingen werd de geneeskundige verzorging overgelaten aan onbevoegde geneeskundigen of aan waarnemers. De noodgedwongen acceptatie van ziekelijke en invalide kolonisten, grotendeels afkomstig uit overheidsinstellingen, deed de mortaliteit in Ommerschans aanzienlijk stijgen, waardoor er buiten deze kolonie vrees ontstond voor het uitbreken van een epidemie. Zowel onder druk van overheidsinstanties als door toedoen uit eigen gelederen werden er vanaf 1826 verbeteringen in de zorg aangebracht. Sindsdien reflecteerden gekwalificeerde geneeskunstbeoefenaren in groten getale op advertenties, waarin functies als geneesheer of apotheker werden aangeboden. Toch vond er ondanks dit ruime aanbod vooral in Veenhuizen een snelle wisseling van geneesheren plaats. Dit was onder meer het gevolg van de centralistische en op militaire wijze ingerichte hiërarchische bestuursstructuur, het minder gunstige leefklimaat in de koloniën en de karige beloning. Om illegaal praktiseren buiten de kolonie te voorkomen, werd er een abonnementenstelsel ingevoerd.

De gestichten beschikten over een hospitaal, dat onder anderen bestond uit afzonderlijke ziekenzalen voor beide seksen en waarvoor het personeel uit de koloniale bevolking werd gerekruteerd. In tegenstelling tot de overige koloniën, waar de geneesheren zelf verantwoordelijk waren voor de medicijnbereiding, werd de apotheek in Veenhuizen door een apotheker beheerd. Vanaf 1827 vond als controlemiddel de medicijnbevoorrading plaats vanuit het bestuurscentrum Den Haag. Dit besluit, dat ondanks de vele bezwaren gehandhaafd bleef, had niet tot doel om het aanzienlijke medicijnverbruik in de gestichten te doen afnemen. Ondanks de financiële problemen bleef de Maatschappij het aanwenden van alle beschikbare middelen steunen, om het aantal slachtoffers vooral in tijden van epidemieën zo klein mogelijk te houden. Wel werd er in 1851 als kostenbesparende voorziening in Ommerschans een laboratorium ingericht, dat de koloniën van de gangbare medicamenten kon voorzien. Deze zelfbereiding bleek zo voordelig te zijn, dat de instelling ook na 1859 zou blijven bestaan.

Naarmate de koloniale bevolking groeide, ontstond er naast personeelsuitbreiding ook behoefte aan meer structurering van de gezondheidszorg. Een in 1838 aangenomen beleidsvoorstel voor Veenhuizen resulteerde in de aanstelling van een tweede geneesheer en van een algemeen toezichthouder of chef. Om de controle over alle koloniën te centraliseren en te vergroten, vond er in 1848 een ingrijpende reorganisatie plaats. Met medewerking van de voor dit doel benoemde medicus, die als chef toezicht moest houden op de geneeskundige verzorging in alle koloniën, werden er reglementen opgesteld, waarin alle onderdelen van de geneeskundige dienst nauwkeurig waren omschreven.

De Maatschappij weet de hoge sterftcijfers in de bedelaarsgestichten aan de slechte conditie van de kolonisten bij opname door geleden gebrek en verwaarlozing. Deze verklaring was zeker van toepassing op de grote instroom van ondervoede kolonisten, die door de aardappelziekte werd veroorzaakt. Goede verzorging en verpleging konden niet voorkomen, dat soms meer dan de helft al kort na aankomst het leven liet. Dit argument bleek eveneens een belangrijke rol te spelen bij een onbekende ziekte, die omstreeks 1825 optrad en in één van de wezengestichten epidemische vormen had aangenomen. Critici beweerden, dat deze ongunstige situatie veroorzaakt moest zijn door slechte behuizing en een tekort aan goed voedsel. De commissie, die deze beschuldigingen onderzocht, was weliswaar van oordeel, dat het bewuste gesticht voor tal van verbeteringen vatbaar was, maar dat als gevolg van de onvoldoende verzorging in gezinnen en weeshuizen de ziekte door de kinderen zelf was binnengebracht.

Hoewel de Maatschappij het recht had om krankzinnigen te weigeren, werd hun aanwezigheid getolereerd, zolang ze geen overlast gaven. Deze voorwaarde bleef ook van kracht ondanks het ontbreken van de nodige faciliteiten en deskundige begeleiding, die de in 1841 ingevoerde krankzinnigenwet voorschreef. In dit opzicht namen de koloniën van de Maatschappij een uitzonderingspositie in, omdat zelfs het verwijderen van geestelijke gestoorden een probleem vormde. Gemeenten van onderstand weigerden om verpleegden terug te nemen, aangezien opname in een erkend krankzinnigengesticht hogere kosten met zich meebracht, terwijl de Minister van Binnenlandse Zaken, die de ontslagen moest goedkeuren, zich bij de onderhandelingen afzijdig hield.

Invalide bedelaars en wezen waren doorgaans gedoemd om hun verdere leven in de koloniën te slijten. Doofstomme kinderen kregen echter de gelegenheid om in het 'Instituut voor Doofstommen' in Groningen te worden opgenomen. In tegenstelling tot de beperkte beroepskeuze in de koloniën werd deze kinderen de mogelijkheid geboden om één van de vele stedelijke ambachten te leren, waardoor ze eenmaal in de burgermaatschappij teruggekeerd, meer kans op werk hadden.

Voeding en hygiëne bleken van grote invloed te zijn op het welzijn van de kolonisten. Vooral voor hard werkende volwassenen en opgroeiende kinderen bleken de naar leeftijd afgemeten porties voedsel zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht onvoldoende te zijn. De Maatschappij bleef echter bij haar standpunt, dat ze niet als kosthuis maar als werkhuis fungeerde. Met een minimum aan voedsel kon de terugkeer naar de maatschappij worden bevorderd, terwijl overdaad het recidivisme zou doen toenemen. In tegenstelling tot de beter gevoede zonen van ambtenaren en van kolonisten in de Gewone koloniën werden vrijwel alle wezen, die voor militaire keuring in aanmerking kwamen, vanwege hun te geringe lengte afgewezen.

Ondanks alle aansporingen tot matiging werd er op de ziekenvoeding, dat uit kostbare levensmiddelen bestond, niet bezuinigd. Als onmisbaar middel voor het herstel van krachten bleven de geneesheren deze producten onbeperkt voorschrijven.

De snelle verspreiding van ziekten werd grotendeels veroorzaakt door de onhygiënische omstandigheden in de gestichten. De overvolle woon- en slaapzalen en het ontbreken van sanitaire voorzieningen maakte een snelle overdracht van ongedierte mogelijk, terwijl het gemeenschappelijke gebruik van waswater en handdoeken de besmetting bevorderde. Mede om deze redenen bleken huidaandoeningen zoals hoofdzeer en schurft, ziekten die steeds weer door nieuwkomers werden meegebracht en waarbij veel recidief optrad, onuitroeibaar te zijn. Gebrek aan hygiëne speelde eveneens een rol bij de zich vanaf 1829 in de koloniën ontwikkelende oogziekte, die tenslotte zo omvangrijk werd, dat ze als 'trachoma Veenhuizianum' landelijke bekendheid kreeg.

Hoewel de overheid al in 1852 op deze gevaarlijke infectiebron was geattendeerd, zou het nog tot 1861 duren, voordat er werd ingegrepen. De eveneens in 1852 geuite beschuldiging, dat Amsterdamse bestellingen door te zware arbeid en voedselgebrek beenafwijkingen hadden gekregen, kon door de Maatschappij worden weerlegd. Zo moesten deze voornamelijk door rachitis veroorzaakte vergroeiingen, die tijdens het tweede levensjaar ontstaan, al van vóór de opname dateren. Bovendien werd in de koloniën levertraan gebruikt als panacee en in grote hoeveelheden aangeschaft, terwijl de preventieve werking van dit middel tegen rachitis al bekend moet zijn geweest.

De meest voorkomende doodsoorzaak was tuberculose, waarvan verondersteld werd, dat deze ziekte erfelijk was en alleen in het beginstadium in de vorm van scrofulose nog te genezen was. De kennis van de tering bleef beperkt tot de verwoestende gevolgen, die bij lijkopeningen zichtbaar werden. Hoewel alle middelen faalden, werd de strijd tegen scrofulose bij kinderen onverminderd voortgezet. Aangezien de besmettelijkheid van tuberculose onbekend was, kon deze ziekte zich in alle koloniën en vooral in de volkrijke gestichten ongehinderd verspreiden.

Ondanks de invoering van de door de regeringscommissie geadviseerde voorzorgsmaatregelen werden ook de koloniën in 1832 en vervolgens nog in 1849 en in 1854 door de cholera getroffen. In 1832 bleef het aantal doden in Veenhuizen en Ommerschans gering, maar in 1849 ondervonden alle drie gestichten in Veenhuizen de desastreuze gevolgen van de tweede cholera-epidemie. Van de bijna zeshonderd choleralijders in Veenhuizen en dat was 60% van de Drenten die met cholera werden besmet, stierf meer dan de helft. De optimale verzorging en behandeling hadden deze ongunstige afloop niet kunnen voorkomen, terwijl de gangbare theorieën over het ontstaan en de verspreiding van de ziekte ook geen verklaringen opleverden. In 1854 werd Veenhuizen opnieuw door de cholera getroffen, maar nadien zou ook deze kolonie van de ziekte verschoond blijven, doordat hier in 1862 een waterleiding was aangelegd. Deze voorziening maakte tevens een eventueel toekomstig bodemonderzoek volgens de nieuwste opvatting over het ontstaan van cholera, waarbij een verband werd gelegd tussen met faecaliën verontreinigde grond en besmet drinkwater, overbodig.

Door de in die tijd gebruikte nosologie is het niet mogelijk om het aantal doden als gevolg van specifieke ziekten exact weer te geven. Volgens deze indeling van ziekten stierven de meeste kolonisten aan tuberculose, diarree, koorts en waterzucht. In de periode 1831-1859 was de sterfte onder de bedelaars veruit het grootst met gemiddeld 7,5% per jaar. Dit hoge percentage werd sterk beïnvloed door de sterfte onder bedelaarskinderen van vijf jaar en jonger. Bij de wezen was het dodental met gemiddeld 3,2% ruim de helft minder en van deze kinderen waren vooral de zeven- tot dertienjarigen het slachtoffer. In dit opzicht konden de Gewone koloniën vergeleken worden met plattelandsgebieden, waar de sterfte het laagst was.

De sedert 1808 in Drenthe en vervolgens in Overijssel door de overheid uitgevaardigde inentingsplicht voor armen en schoolkinderen om de pokziekte te voorkomen, werd van meet af aan ook in de koloniën ingevoerd. Deze besmettelijke kinderziekte vormde een blijvend gevaar door het voortdurend binnenkomen van kinderen, die niet of onvoldoende waren gevaccineerd. Omdat een eenmalige inenting slechts tijdelijke bescherming bleek te bieden, werd er in 1832 als blijvende maatregel hervaccinatie ingevoerd. Daarmee toonde de Maatschappij zich zeer vooruitstrevend, aangezien deze methode landelijk pas na 1840 ingang vond. Dat ondanks deze preventieve maatregelen de ziekte toch regelmatig oprad, was vooral het gevolg van het gebrek aan verse koepokstof en het te lange gebruik van de entstof bij de arm-op-arm methode. Het predikaat, dat er nergens zoveel werd gevaccineerd als in Drenthe, zal voornamelijk te danken zijn geweest aan het grote aantal entingen, dat bij de wezen in Veenhuizen werd verricht.

Aanvankelijk werden de grotere chirurgische ingrepen aan deskundige hoogleraren in Groningen overgelaten. Na 1840 beschikte Veenhuizen echter over enkele heelmeesters met veel ervaring en inventiviteit, die ook risicovolle operaties durfden uit te voeren. In navolging van enkele succesvolle experimenten met chloroform werd dit narcosemiddel al in 1849 in Veenhuizen in gebruik genomen en vooral bij amputaties toegepast. Indien eventuele consultaties of ziekenhuisopnames wenselijk werden geacht, werd hieraan alle medewerking verleend.

Alle bevallingen werden verricht door vroedmeesters of door gediplomeerde vroedvrouwen, die uit de koloniale bevolking afkomstig waren. In Veenhuizen gaven de geneesheren er dikwijls de voorkeur aan om de bevallingen zelf te doen, omdat dit extra inkomsten opleverde. Vanwege de uitgestrektheid van het gebied was in de Gewone koloniën de hulp van een vroedvrouw onontbeerlijk.

In de bedelaarsgestichten werden moeders met zuigelingen en moeders met kleine kinderen afzonderlijk ondergebracht. De enorme kindersterfte in deze lokalen werd afgezien van de onhygiënische omstandigheden waarschijnlijk vooral veroorzaakt door het gebruik van onverantwoorde babyvoeding en de vatbaarheid voor ziekten bij kinderen, die de zuigelingenfase wel hadden doorstaan. Gedurende enkele jaren bedroeg deze kindersterfte zelfs een derde van het dodental in de bedelaarsgestichten.

Er kan dan ook worden vastgesteld, dat het sterftepercentage tijdens de behandelde periode aanzienlijk is geweest en dat dit verschijnsel grotendeels werd veroorzaakt door de ongunstige omstandigheden in de gestichten. Daarbij moet echter wel worden opgemerkt, dat de Maatschappij uit noodzaak en onder druk van de regering en tegen de oorspronkelijke bedoeling in werd opgezet met een grote groep van de zwakste elementen uit de samenleving. Dit betekende, dat de gezondheidszorg, die hierop niet was berekend, moest worden aangepast. Door het invoeren van strenge voorschriften en controlemaatregelen, die aansloten bij de hiërarchische bestuursstructuur, kreeg de geneeskundige dienst geleidelijk vorm. Hoewel dit door de geneesheren als een belemmering werd ervaren, bezat deze constructie meerdere positieve aspecten. Nauwlettend toezicht en onderlinge controle voorkwamen behandelingsfouten, terwijl samenwerking zoals bij de pokkenvaccinatie en operatieve ingrepen en de steeds beter geregelde medicijnvoorziening de kwaliteit van de zorg bevorderde. In sommige opzichten zoals bij de invoering van hervaccinaties, het gebruik van chloroform en het verrichten van moeilijke operaties was de koloniale gezondheidszorg zelfs baanbrekend. Bovendien werd er ondanks de verslechterende financiële situatie niet op de geneeskundige dienst bezuinigd. Bij het ontzien van deze uitgaven zal overigens wel de kritiek op de verzorging van de koloniale bevolking, die gerelateerd werd aan het aantal doden en die voortkwam uit angst voor ziekteverspreiding, van veel invloed zijn geweest.

Dat de Maatschappij van Weldadigheid als particuliere instelling een grote mate van zelfstandigheid bezat en daarmee een aparte positie innam, had echter ook nadelen. Het Ministerie van Binnenlandse Zaken waaraan de instelling ondergeschikt was, greep bij misstanden nooit daadwerkelijk in. Daardoor bleven slepende problemen zoals ten aanzien van de oogziekte en de krankzinnigenzorg voortduren, totdat dit ministerie in 1859 zelf het beheer over Veenhuizen en Ommerschans kreeg. Als toezichthouder had dit departement weinig bijgedragen aan de goed georganiseerde medische dienst, waarover nu beschikt kon worden. De regering had intengendeel, door uit eigen belang te handelen, deze voorziening in feite aan de Maatschappij opgedrongen. Geheel in strijd met het oorspronkelijke ontwerp van Johannes van den Bosch had ze de Maatschappij van Weldadigheid opgescheept met lichaaamlijk en geestelijk onvolwaardige arbeidskrachten, waardoor deze instelling genoodzaakt was geweest, om grotendeels als verpleeginrichting te gaan fungeren.

Summary and Conclusions

Since only healthy beggars with occupational abilities would be admitted, there was very little notice taken of medical provision when setting up the 'Maatschappij van Weldadigheid' (The Benevolent Society). Due to economical reasons, the medical care was left to unqualified medics or deputies. The mortality rate accelerated in Ommerschans due to the forced acceptance of sick and handicapped colonists, mostly originating from government institutions and because of this, fear arose outside these colonies for an outbreak of an epidemic. In 1826 through pressure from the government and with support from own ranks, better care was brought in. Since then, would be qualified medical practitioners reacted in mass to advertisements in which functions for physicians and pharmacists were offered. Still there existed a rapid fluctuation in physicians, especially in Veenhuizen in spite of this generous offer. This came about because of the centralization and militarization methods in which the hierarchical committee was set up, the unfavourable social climate in the colonies and the meagre wages. To prevent illegal practices outside the colony, a subscription system was introduced.

The institutions had hospitals that among other things existed of separate wards for both sexes and that were recruited by personnel from the colonial population. In contrast to other colonies, where the physicians themselves were responsible for the preparation of medicines, Veenhuizen was managed by its own pharmacist. From 1827, as a check, the medical supplies were provided via the government centre in The Hague. This decision, in spite of the many protests, and that had not the goal to reduce the considerable use of medicines in the institution, was still maintained. Despite the financial problem, the Society used every support available, to keep the numbers of casualties down especially in times of epidemics. In 1851 there was however, a laboratory built in Ommerschans as a cost saving measure, that could supply the colonies with routine medicines. This self manufacturing system was so economical, that it continued to exist even after 1859.

As the colonial population grew, there arose next to the expansion of personnel, also a need for structural improvement within the healthservice. A management proposal for Veenhuizen in 1838 resulted in the appointment of a second physician and of a general superintendant.

In 1848 a radical reorganisation took place so that the supervision over all the colonies could be centralised. With the cooperation of the for this goal appointed physician, who as supervisor had to keep an eye on the medical care in all the colonies, rules and regulations were drawn up, in which all aspects of the medical service were accurately described.

The Society blamed the high mortality rate in the beggarsinstitution on the bad condition of the colonists on admission, through past neglect. This explanation was certainly applicable to the large inflow of undernourished colonists, effected by pota-

todisease. Good care and nursing could not however prevent the death of sometimes more than half of the people, after admission. This argument appeared to play an important role when an unknown disease, which turned into an epidemic, appeared in 1825 in one of the orphanages. Critics claimed, that this unfavourable situation must have been caused by bad housing conditions and a shortage of good food. The commission, that investigated these accusations, judged that the said institution was open to many improvements, but that the disease had been brought in by the children because of the insufficient care in families and in orphanages.

Although the Society had the right to refuse lunatics, their presence was tolerated, as long as they were not a nuisance. This condition remained even though the necessary facilities and professional guidance was lacking, that was laid down in the law of lunacy in 1841. In this aspect the colonies of the Society took an exceptional position, because even the removal of lunatics formed a problem. The support council for the poor and needy, refused to take patients back, as admission in a recognised institution would be more costly, whilst the minister of foreign affairs, who should have approved the discharges, stood aside of the negotiations.

Invalid beggars and orphans were generally doomed to spend the rest of their lives in the colonies. Deafmute children however, got the opportunity to be taken up in the 'Institute for the Deafmute' in Groningen. Contrary to the limited career choice in the colonies, these children were offered to study for one of the many trades available in the city, so that when they returned to the civilian society they would have a better chance of a job.

Nutrition and hygiene appeared to have a large influence on the welfare of the colonists. According to age measured portions of food, for hardworking adults and children were found to be insufficient both in quality and quantity. The Society kept to the principle, that they functioned as workhouse and not as a boardinghouse. With a minimum of food return to civilisation could be stimulated, whilst an excess would increase recidivism. In contrast to the better fed sons of civil servants and colonists in the 'Normal colonies' nearly all orphans eligible for military service, were refused because of their smallness in height.

In spite of all the stimulation to moderate and despite the great expense involved in the exclusive foodstuffs for the sick, this would not be economised on. As indispensable means to recovery of strength, the physicians continued to prescribe these products.

The fast spreading of diseases was mostly caused by the unhygienic circumstances in the institution. The overfull living and sleeping quarters and the lack of sanitary facilities made the fast spreading of vermin possible, whilst the communal use of washing water and towels promoted infection. As a result of this, skin diseases such as ringworm and scurvy, diseases that still kept being brought in by newcomers, and whereby there was much cause for relapse, occurred and were ineradicable. In the colonies from 1829 onwards, lack of hygiene also played a role in the development of an eye disease, that eventually became so extensive that it became nationally known as 'Trachoma Veenhuizenianum'. Although in 1852 the government had already given warning of this dangerous infection, it would take until 1861 before action would be taken. The accusation in 1852 that the population of Amsterdam through heavy work and poor nutrition had acquired leg deformities, could be defended by the Society. These primarily through rachitis caused deformities, originating at the age of two, must have existed before admission. Moreover cod-liver oil was used in the colonies as a panacea and was brought in in large quantities, whilst the preventative working of this remedy must have been known.

The most occurring cause of death was tuberculosis, which was assumed to be hereditary, and was only able to be cured in the initial stage of scrofulose. The knowledge of the consumption remained restricted until the devastating consequences became visible upon dissection of the bodies. Although all remedies failed, the fight against scrofulose in children continued. Since the contagiousness of tuberculosis was unknown, the disease could spread unhindered through the colonies especially in the most populated institutions.

Despite the importation of the through the government advised preventative measures, the colonies were hit by cholera in 1832 and later in 1849 and 1854. In 1832 the number of mortalities remained low in Veenhuizen and Ommerschans, but in 1849 all three institutions in Veenhuizen experienced the disastrous consequences of the second cholera epidemic. Of the almost six hundred cholera sufferers in Veenhuizen and that was 60% of the population of Drenthe that were infected with cholera, more than half died. The optimal care and treatment could not have prevented this unfavourable result, whilst the current theories concerning the origin and spreading of the disease also resulted in a negative explanation. In 1854 Veenhuizen was again hit by the cholera, but afterwards this colony would also stay cleared of the disease because waterworks were laid on in 1862. At the same time this provision made an eventual soil exploration in the future according to the newest view on the existence of cholera, whereby a link was made with ground fouled by faeces and infected drinkingwater, superfluous.

Through the use of nosology in those days, it was not possible to registrate the exact number of mortalities resulting from specific diseases. According to this classification of diseases most colonists died of tuberculosis, diarrhoea, fevers and dropsy. In the period 1831 – 1859 the mortality rate under the beggars was by far the largest with an average of 7,5% per year. This high percentage was strongly influenced by the mortalities under the children of five years and under. In the case of the orphans, the mortalities averaged 3,2%, a decrease of more than half and from these children the ones between the ages of seven to thirteen were the victims. In this respect the Normal colonies could be compared to country areas, where the mortality rate was the lowest.

The since 1808 vaccination duty issued by the government to prevent the poor and schoolchildren from getting smallpox was introduced in Drenthe and later in Overijssel and so also in the colonies. This contagious childrens disease formed a lasting danger because of the continual admittance of children that were not or insufficiently vaccinated. In 1832, because a once only vaccination which seemed to give only temporary protection, re-vaccination was introduced as a permanent measure. With that the Society showed to be very advanced, seeing that this method was only used nationally after 1840. That in spite of these preventative methods, the disease recurred regularly was due to the fact that there was a shortage of fresh cowpox vaccine and the too long a use of inoculum by the arm- to- arm method. The predicate, that nowhere other than in Drenthe were so many vaccinations made, was mainly due to the many vaccinations given to the orphans in Veenhuizen.

Initially the greater surgical operations were left to the expert professors in Groningen. However after 1840 Veenhuizen had some surgeons with much experience and inventiveness at its' disposal, who also dared to perform hazardous operations. Following some successful operations using chloroform, this anaesthetic was used in Veenhuizen in 1849 and put into practice especially on amputation cases. Every cooperation was given in case possible consultations or hospital admissions should be desired.

All confinements were performed by male or qualified midwives, that originated from within the colonies. In Veenhuizen, the physicians often preferred to do the confinements themselves, because this gave an extra means of income. Due to the expanse of the area, help from the midwives in the Normal colonies was indispensable.

In the beggarsinstitutions mothers with infants and mothers with small children were placed in separate accommodations. In these localities, the enormous mortality rate under the children was probably caused by the unhygienic conditions but also by the unjustifiable babyfood and the susceptibility for diseases by children, that had survived infancy. During some years the mortality rate under the children even formed a third of the deaths in the beggarsinstitutions.

It can be established that the death percentage during the treatment period had been considerable, and that this appeared to be largely caused by the unfavourable conditions in the institutions. Hereby it should be noted that the Society, out of necessity and under pressure from the government and against the original intentions, was saddled with a large group of the weakest elements of society. This meant that the healthservice, that had not calculated on this, had to be adjusted. The healthservice gradually took shape through the introduction of strict instructions and inspection methods, that connected up with the hierachial governing structure. This constructive method had greater positive aspects, although this was experienced as an impediment by the physicians. The quality of the care increased due to the close supervision and mutual checks which prevented treatment faults, and the teamwork as in the smallpox epidemic and surgical treatments and the ever better organized provision of medicines. The colonial healthservice was innovative in some cases, such as the introduction of re-vaccinations, the use of chloroform, and the performing of difficult operations. Nevertheless, despite the worsening financial situation, there would not be economized on this service. In respect of this expenditure, and apart from this, there would still be criticism on the care of the colonial population, that was related to the number of deaths and that had sprung from a fear of infection of disease.

That The Society of Benevolence as a private institution had a large degree of independence and due to that, took up an distinctive position, had however also disadvantages. The Ministry of Internal Affairs under which the institution fell, never really intervened by errors and as a result of this, lingering problems regarding the eye diseases and the lunacy care remained, until in 1859 this department would themselves take over the management of Veenhuizen and Ommerschans. As supervising body this department had contributed little to the well organised healthservice, which was now at their disposal. On the contrary, the government as interested party, had forced this provision on the Society. They had saddled the Society of Benevolence up with physically and mentally defective labourers, entirely contrary to the original plan of Johannes van den Bosch, and therefore this institution had been forced to function for the greater part as a nursing institution.