

JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN HISTORISCH PERSPECTIEF

A. H. M. Kerkhoff en M. M. Wagenaar - Fischer

1. Inleiding

Alle enigszins beschaafde volken treffen voorzieningen ten aanzien van het opgroeiende kind. Een flink deel van de zorg richt zich op de opvoeding en het onderwijs. Daarnaast worden echter ook altijd maatregelen genomen die de gezondheid betreffen - volgens veel deskundigen zouden de voorzieningen op dit terrein zelfs de graadmeter zijn voor het beschavingspijl van een natie.

Hoewel de inspanningen op het terrein van de gezondheidszorg moeilijk te scheiden zijn van de opvoedkundige en onderwijskundige activiteiten worden ze in hoofdstuk toch behandeld alsof ze zich zelf staan. Daarbij beperken we ons tot voorzieningen die overwegend preventief georiënteerd zijn. Bovendien bepalen we ons tot de situatie in eigen land. Een derde beperking betreft het tijdvak. De hedendaagse jeugdgezondheidszorg voor de jeugd heeft haar directe, hier en daar nog onmiddellijk zichtbare wortels in de late negentiende en vroege twintigste eeuw. In die tijd ontstonden de eerste consultatiebureaus voor zuigelingen, de eerste schoolartsendiensten en de intussen weer goeddeels verdwenen vakantiekolonies.

De voorzieningen ontstonden in diverse hoeken van de samenleving, vanuit verschillende perspectieven en met uiteenlopende oogmerken. Daarin schuilt zonder twijfel een belangrijke reden waarom de instituties opmerkelijk lang los van elkaar hebben voortbestaan. De consultatiebureaus waren het werk van vooruitstrevende huisartsen en verlichte vrouwen. De schoolartsendiensten kwamen veeleer voort uit de initiatieven van lokale overheden die te maken kregen met de complexe relaties tussen gezondheid en schoolbezoek. Weer ergens anders liggen de wortels van de vakantiekolonies en kinderherstellingsoorden: hier waren het naast artsen en onderwijzers vooral ook sociaal bewogen leden van de maatschappelijke bovenklasse die zich inzetten voor het kind dat in de benauwde arbeiderswijken van de grote steden geen kans kreeg om gezond op te groeien. Naast de drie hier genoemde kwamen vooral na de Tweede Wereldoorlog een aantal nieuwe voorzieningen te staan die meer specifiek gericht waren op de psychologische en psychosociale aspecten van de gezonde ontwikkeling.

Bezien wij de ontwikkelingen op de verschillende deelgebieden dan valt op dat ze zich betrekkelijk onafhankelijk van elkaar hebben ontwikkeld en dat de samenwerking tussen de instellingen en daarin werkzame disciplines tot op de dag van vandaag niet altijd even soepel is verlopen. Natuurlijk is het goed dat instellingen een eigen gezicht hebben en een eigen 'core business'. Daar staat echter tegenover dat een gebrekkige samenwerking geen recht doet aan het feit dat de gezondheid van het kind een lichamelijke, geestelijke en sociale eenheid is die vraagt om een geïntegreerde aanpak. Het smeden van een beter verband is een van de belangrijkste uitdagingen van de moderne zorg voor de gezondheid van de jeugd. Helaas valt die integratie nog steeds niet gemakkelijk te bewerkstelligen. Dat heeft te maken met de al genoemde verschillen in afkomst en veel meer vandaag de dag nog met het feit dat medische, maatschappelijke en psychologische disciplines elkaar niet altijd evenveel ruimte geven. Iedereen kent de verschijnselen die thuis horen onder wat in de sociologie als het wij - zij verschijnsel wordt aangeduid. Mensen accepteren elkaar niet omdat de anderen 'minder' of 'slechter' zouden zijn. Bij een nadere beschouwing blijkt dat ze elkaar niet begrijpen of zelfs niet kennen. Tegen die achtergrond werd deze bedrage geschreven. De auteurs gaan ervan uit

dat enige kennis van het verleden van de verschillende onderdelen van de jeugdgezondheidszorg een wellicht bescheiden, maar toch nuttige bijdrage kan leveren aan de samenwerking tussen de instellingen en instanties. In het navolgende wordt achtereenvolgens een beeld geschetst van het koloniewezen, de consultatiebureaus, de schoolartsdienst en enkele (sociaal-) psychologische voorzieningen. Per onderdeel wordt steeds kort ingegaan op drie vragen: 1) wanneer werden de voorzieningen in het leven geroepen, door wie en waarom 2) hoe ontwikkelden ze zich in de tijd en 3) welke relaties bestonden er met de andere voorzieningen. Aan deze excursies vooraf gaat een paragraaf over wat men met enige moeite de 'voorgeschiedenis' zou kunnen noemen.

2. De voorgeschiedenis

De jeugdgezondheidszorg heeft een lange voorgeschiedenis. Reeds in Middelnederlandse teksten zijn sporen te vinden van bijzondere aandacht voor het welvaren van het kind. De oudere stukken laten zien dat ook de gezondheid van het schoolkind niet aan de aandacht van onze voorouders ontsnapte (Bergink, 1965).

De aandacht voor het kind nam sterk toe in de achttiende eeuw, de eeuw van de Verlichting. Hieronder wordt een geestelijke stroming verstaan die gekenmerkt wordt door een groot vertrouwen in de rede, het verstand, maar ook door een zekere aandacht voor de redelijkheid als basis voor de menselijke verhoudingen. Gebruik van het verstand leidde er onder meer toe dat artsen en economen de absolutistische vorsten voorhielden dat veel gezonde kinderen een voorwaarde zijn voor het verwerven van rijkdom; kinderen die gezond volwassen worden kunnen immers als soldaten en arbeiders worden ingezet.

Tegelijkertijd leidde een beroep op de redelijkheid tot een grotere aandacht voor het ellendige lot dat achtergestelde groepen in die dagen beschoren was: afgedankte soldaten en zeelieden, oorlogsinvaliden, ouden van dagen, alleenstaande moeders en niet in de laatste plaats ook (wees-)kinderen. De toegenomen aandacht voor de laatste groep komt nog steeds zeer aansprekelijk te voorschijn uit de geschriften van J. J. Rousseau en vooral uit zijn *Emile ou de l' éducation* (1762). De wijsgeer benadrukte hierin het belang van onderwijs en een goede opvoeding en vergat de gezondheidskundige aspecten daarbij niet.

In de Verlichting kreeg de verloskunde steeds meer aandacht en werd de kindergeneeskunde, de pediatrie, als discipline geboren - net als overigens de pedagogiek. Een en ander uitte zich in een stroom van medisch - pediatrie en obstetrische geschriften - niet alleen in Frankrijk maar ook in de Republiek der zeven verenigde provinciën.

De Verlichte denkers en hun volgelingen lieten het niet bij ideeën, maar probeerden ook concrete praktische voorzieningen te treffen in de vorm van opleidingen voor verloskundigen, klinieken voor vrouwen en kinderen enz. Deze gunstige ontwikkeling werd tijdelijk onderbroken door de Franse revolutie die, zoals bekend, ook ons eigen land niet onberoerd liet.

Toen de woelingen eindelijk tot rust waren gekomen, was Nederland ineens een Koninkrijk geworden dat sociaal en economisch zwaar aan de grond zat. Nadat het zich in de eerste helft van de negentiende eeuw langzaam had hersteld, volgde in de tweede helft van die eeuw een omwenteling die nog verdergaande gevolgen had dan de eerste. Rond 1860 begon in Nederland de Industriële revolutie en die zou de structuur van de samenleving grondig veranderen. In en om de steden verschenen de fabrieken die de landarbeiders en hun kinderen van het platteland weglrokken om arbeider te worden. Deze bewegingen betekenden veranderingen die tot in alle voegen van de maatschappij doordrongen. In de agrarische samenlevingen trouwde men bijvoorbeeld pas nadat de man een eigen bestaan had weten op

te bouwen. Dat betekende in het algemeen dat men laat in het huwelijk trad. De jonge arbeider daarentegen had terstond een inkomen. Hij kon daarom veel jonger trouwen en dat heeft een gigantische toename van het geboortecijfer met zich meegebracht. Voorzieningen om deze demografische explosie op te vangen waren er niet: de oude steden waren te klein om de massa's nieuwe inwoners zelfs maar in fysieke zin op te vangen. Iedereen weet van de arbeiderswijken, de sloppen en de 'slums' waar mensen vaak met zes, zeven tegelijk in éénkamerwoningen huisden - souterrains niet uitgezonderd. De lage lonen leidden tot een slechte voeding en in combinatie met een gebrek aan zonlicht konden aandoeningen als de Engelse ziekte (rachitis) welig tieren. Hand in hand met de ondervoeding gingen de infectieziekten die alle kans kregen in de volgepakte woningen en de overbevolkte straten en die vooral ook de kinderen troffen.

De veranderingen vroegen om een heel andere manier van samenleven. Naast technische en economische problemen moesten daarbij ook tal van ideologische barrières worden overwonnen. Zo zagen sommigen in de enorme kindersterfte een bewijs dat de samenleving niet goed functioneerde. Tot hen behoorde bijvoorbeeld de arts S. S. Coronel die niet ophield te wijzen op de sociale oorzaken van allerlei mistanden. Daar tegenover stonden echter anderen die beweerden dat het de mens niet gegeven is zich tegen ontwikkelingen in de samenleving te verzetten. Een deel van hen was zelfs van mening dat iets dergelijks onjuist was: de Amsterdamse socioloog/ geograaf S.R. Steinmetz, bijvoorbeeld, was een aanhanger van Malthus. Hij beweerde dat de kindersterfte een natuurlijk zeef is dat ervoor zorgt dat de zwakste elementen - net als in de natuur - automatisch uit de gemeenschap worden verwijderd.

In de tweede helft van de negentiende eeuw kwamen er langzaam maar zeker sociale, onderwijskundige en gezondheidskundige voorzieningen. Laatstgenoemde lagen in eerste instantie vooral in de curatieve sfeer. In 1863 werd in Rotterdam de eerste kinderkliniek geopend en weldra volgden soortgelijke instellingen in de andere grotere steden. Rond 1900 werden ook voor de tot dan toe nauwelijks behandelbaar geachte zuigelingen afdelingen in kinderklinieken ingericht of zelfs eigen ziekenhuisjes. Weldra verschenen ook preventieve inrichtingen. Preventie betekent zorgen dat een ongewenste situatie niet ontstaat. Vandaar wellicht dat men, anders dan bij de curatie, nu niet bij de peuters of kleuters begon, maar juist bij de zuigelingen.

3. Koloniehuisen en bleekneusjes

De koloniehuisen krijgen in de geschiedenis van de jeugdgezondheid vaak weinig aandacht. Toch hebben zij lange tijd een belangrijke voorziening gevormd die vaak in samenwerking met schoolartsen, wijkzusters en CB- artsen werd uitgevoerd. Laatstgenoemden speelden bij de keuze en de keuring van de kinderen een belangrijke rol. Niettemin ontstonden de huizen in een heel ander deel van samenleving.

De idee van vakantiekolonies wordt toegeschreven aan de Zwitserse dominee dr. W. Dion. Op een gegeven moment verruilde de predikant zijn standplaats in het landelijke Appenzell voor een post in Zürich. Na verloop van tijd viel hem op dat zijn kinderen er minder blozend en gezond uitzagen dan op de alp het geval was geweest. Vandaar dat hij ze bij wijze van experiment tijdens een zomervakantie terug stuurde naar de bergen. Het resultaat was zo verbluffend dat de dominee het plan opvatte om uitzending ook voor andere stadskinderen mogelijk te maken. Zijn ondernemen werd een groot succes en het initiatief breidde zich

weldra uit over de andere Zwitserse steden. Oostenrijk en Duitsland volgden en daarna ook Frankrijk en Engeland. In Nederland volgde in 1873 het Protestants Christelijke huis Bethanië in Zeist. Meer bekendheid verwierf het idee van de vakantiekolonies door enkele artikelen van de eerder genoemde hygiënist S.S. Coronel in het *Handelsblad* (1882). De stukjes vielen in goede aarde wat in die dagen betekende dat bevlogen burgers kleine clubjes vormden die vol overgave aan de slag gingen. Zo kon het gebeuren dat op initiatief van mr. A. Kerdijk (1846-1905), een inspecteur van het Lager Onderwijs, twintig magere en bleke stadskinderen uit Amsterdam voor enkele weken in het hotel bij de piramide van Austerlitz werden gelogeed.

In hetzelfde jaar (1883) wist de Haarlemse mevrouw N. G. Cnoop Koopman - Bunge te bewerkstelligen dat in Zandvoort een heus kindershuis voor bleekneusjes uit de Spaarnestad werd ingericht.

De initiatieven sloegen aan. In 1884 kon de Amsterdamse Vereeniging van gezondheids- en vakantiekolonies bijna tweehonderd kinderen uitzenden. Een deel ging naar zee, een deel werd naar de Brabantse bossen gestuurd. Weldra volgden nu ook uitzendingen uit andere steden: Den Haag (1884), Rotterdam (1885) Groningen (1887) en Leeuwarden (1887).

Na deze vliegende start volgde in de jaren negentig een soort terugslag. Het aantal schenkingen liep terug en dat betekende dat de lokale initiatiefnemers niet in staat waren om uitzending van kinderen te verwezenlijken. De Egmondse onderwijzer A.C. Bos en de secretaris van de Rotterdamse Vereeniging voor Gezondheidskolonies, G.L. Zwartendijk, werden de drijvende kracht achter het Centraal Genootschap voor kinderherstellingsoorden en vakantiekolonies dat in 1900 in Utrecht werd opgericht. In 1900 verzamelden zich niet minder dan veertig lokale organisaties en verenigingen in Utrecht. Zij werden onder meer toegesproken door de bekende jurist en econoom Mr. M. W. F. Treub en zo ook door de altijd actieve onderwijzer Bos. Het resultaat was een vereniging die werd getrokken door een aantal kopstukken uit de toenmalige samenleving. (De officiële oprichting geschiedde in 1901 in Amsterdam) Opmerkelijk is dat de medische wereld in het hoofdbestuur krachtig was vertegenwoordigd: naast de Utrechtse internist S. Talma treffen we de bekende Amsterdamse hoogleraar gynaecologie en obstetrie Hector Treub aan en de al niet minder bekende Groningse hoogleraar in de chirurgie C. F. A. Koch. Op 'de werkvloer' was het aandeel de medici kleiner: zeker in de eerste decennia speelden onderwijzers naast verplegenden en verzorgenden en goedwillende ouders de hoofdrol.

Het Centrale Genootschap overkoepelde bestaande initiatieven en stimuleerde de vestiging van nieuwe verenigingen. Hoewel de eerste jaren moeilijk bleven, wist het Genootschap in 1906 een eerste eigen huis te stichten in - hoe kan het haast anders - Egmond aan Zee (Het Kerdijkhuis). Het Genootschap voerde zeer actief propaganda en met de gelden die dat opleverde, kon in 1909 reeds een tweede huis worden geopend, het Zwartendijkhuis in Egmond aan Zee. In 1913 volgde een derde huis (Fuchs en Simons, 1977).

Na de Eerste Wereldoorlog

Rond 1920 was het Centraal Genootschap 'middelerwijl' de grootse koepel geworden, maar daarmee was het niet de enige landelijke organisatie. Naast het in levensbeschouwelijke zin neutrale Genootschap ontstonden in het verzuilde Nederland ook Katholieke, Protestants - christelijke en Joodse koepels. Ook deze organisaties openden huizen met als gevolg dat Nederland rond 1960 ongeveer vijftig vakantiekolonies telde. Al deze huizen voerden een eigen beleid en hielden hun eigen criteria aan bij het opnemen van kinderen. Na de Eerste

Wereldoorlog ontstond er een verlangen om meer eenheid te brengen in de wirwar van voorzieningen en vooral ook van werkwijzen. Wellicht moet deze beweging worden gezien als een uitvloeisel van de behoefte om een aantal zaken beter te organiseren. De nieuwe beweging kwam van verschillende zijden. Van medische zijde kwam het initiatief om de toelatingseisen te uniformeren. Of de medici op deze wijze meer lijn in de eigen gelederen wilden brengen, zou nader onderzocht moeten worden. Zeker is wel dat de strijd tegen de tuberculose een belangrijke rol speelde. Opneming van kinderen met (open) tuberculose werd vanwege het grote besmettingsgevaar niet aanvaardbaar geacht (Swankhuisen, 2003:66).

De uniformering had ook andere wortels. Het Centraal Genootschap wist in 1920 naast algemene subsidie een bijdrage per uitgezonden kind bij de rijksoverheid los te branden (65). De minister van arbeid meende dat een dergelijke uitgaaf gerechtvaardigd was omdat de vakantiekolonies uiteindelijk 'de volkskracht vermeerderden'. Nu de overheid subsidies gaf, meende zij echter ook toezicht op de voorzieningen te moeten gaan uitoefenen. Daartoe het best geschikt leek het Staatstoezicht (dat na de oorlog ook al werd gereorganiseerd). Een inspecteur voor volksgezondheid werd in het bijzonder belast met de zorg voor moeder en kind. Aanvankelijk stelde het staatstoezicht zich bescheiden op: men bezocht koloniehuisen en gaf adviezen. Gaandeweg werd de invloed echter sterker. In 1925 legde een commissie onder leiding van de latere Hoofdinspecteur R. Eijckel de eisen vast die bij opneming te stellen waren. In 1929 volgde opnieuw een dergelijk besluit en in 1938 nog eens. Bij die laatste gelegenheid werd ook vastgelegd in beginsel niet de huisarts maar de schoolarts de kinderen voor opneming moest keuren.

Men kan in de uniformering en het vestigen van overheidstoezicht tekenen herkennen van de verstatelijking van een ondernemen dat voorheen geheel en al het werk van het particuliere initiatief was geweest. Een derde belangrijke gebeurtenis in dat kader was de oprichting van de Centrale Raad voor de Kinderuitzending in 1923. Deze Raad was zelf weer een koepel op lokale raden die in de grote steden reeds eerder waren opgericht. Zo was in 1920 in de hoofdstad de Amsterdamse Raad voor Kinderuitzending opgericht door niet minder dan negen plaatselijke verenigingen.

De Centrale Raad volgde uit de noodzaak om samen te werken en de noodzaak om gezamenlijk een spreekbuis te vormen in het overleg met de opkomende overheid. In de Centrale Raad werd de overheid vertegenwoordigd door de Geneeskundig hoofdinspecteur.

Na de Tweede Wereldoorlog

Het einde van een oorlog vormt vaak aanleiding tot vernieuwing. Dat gold na de Eerste Wereldoorlog en ook na de Tweede. De nadruk lag daarbij thans vooral op een inhoudelijke koerswijziging. Niet de lichamelijke ziekten, zo meldde de Wereldgezondheidsorganisatie, maar psychosociale afwijkingen zouden de nieuwe bedreigingen worden. Deze berichten werden in Nederland goed opgevangen, met name door de Staatssecretaris later Directeur-Generaal P. Muntendam. Deze arts, die zelf CB-arts was geweest in een van de armste delen van het Drentse platteland, kende de oude problemen, maar zag ook dat er nieuwe opkomst waren. Hij pleitte krachtig voor een andere aanpak van de jeugdgezondheidszorg - ook van de schoolartsendiensten waarover straks meer. Anders dan in de wereld van de schoolartsen werden zijn pleidooien in de wereld van de koloniehuisen positief ontvangen. Het Centraal genootschap begon bijvoorbeeld met een intensivering van de zorg, de zogeheten B-verpleging. De voorzitter van het Genootschap, de arts dr. W. J. Lojenga stippelde een nieuwe koers uit. Men maakte voortaan een onderscheid tussen somatische en psychische indicaties en differentieerde dienovereenkomstig ook de functie van de verschillende huizen. Daarbij

werden de kleinere huizen bestemd voor een meer psychosociaal gerichte behandeling. De medewerkers werden bijgeschoold op psychologisch en pedagogisch terrein, het aanstellingsbeleid werd bijgesteld en de behandeling werd georganiseerd in kleinere groepen. Bovendien werden op verschillende plaatsen (lagere) scholen aan het herstellingsoord verbonden zodat de kinderen langer konden blijven en tijdens hun verblijf normaal naar school konden blijven gaan. Daarmee samen gingen mogelijkheden om kinderen ook tijdens de winterperiode op te nemen. Voorts probeerde men een betere nazorg te creëren. Mede in dat kader werden de contacten met school-, huis- en kinderartsen geïntensiveerd.

Door deze en dergelijke ingrepen leken de vakantiekolonies en de herstellingsoorden goed op de toekomst voorbereid. Niettemin verzeilden ze in de jaren zestig toch langzaam in de problemen. Die volgden voornamelijk uit toenemende geldzorgen. Aan het begin van de jaren zestig vroeg de Centrale Raad voor de Kinderuitzending met steeds grotere klem om meer subsidie aan de overheid. Dat leidde ertoe dat de Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid in 1964 advies vroeg aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid omtrent de behoefte aan kinderuitzending. In 1968 kwam de Raad met het advies om onderscheid te maken tussen medische en niet-medische instellingen. De eerstgenoemde zouden betaald kunnen worden uit de (in 1968 van kracht geworden) Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en laatstgenoemde zouden via het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk (CRM) gefinancierd kunnen worden (Kerkhoff, 2001:159).

In 1970 werd besloten dat de huizen die als medisch kinderkuis werden erkend uit de AWBZ konden worden gefinancierd. Dat leidde nu tot een algemene strijd om erkenning, want niet erkende huizen waren gedoemd om te verdwijnen. Weldra werd namelijk duidelijk dat de financiering vanwege CRM op niets zou uitlopen.

Het zou de moeite waard zijn om nader onderzoek te verrichten naar de rol die artsen en andere hulpverleners in deze periode van omwenteling hebben gespeeld. Een interessant aanknopingspunt vormt het onderzoek dat de 'pedagoloog' L. Kiestra in 1969 in het *Tijdschrift voor sociale geneeskunde (TSG)* publiceerde. Artsen, zo schreef de auteur, twijfelden nogal eens aan het effect van behandelingen in de psychosociale sfeer omdat de effecten 'medisch niet te meten' waren. Kiestra deed dan ook zijn uiterste best om te laten zien dat het wel degelijk mogelijk was om met mens- en maatschappijwetenschappelijke methoden iets te zeggen over problemen als 'nervositas'- een term die in die dagen graag werd gebezigd.

Wellicht was Kiestra's bijdrage een reactie op een artikel van de Haagse schoolarts A. J. M. Bruna. Deze arts die zeer actief was in het bestuur van de NVJG, wees er in dezelfde jaargang van het TSG op dat al jaren lang geen enkel artikel over kinderuitzending meer was verschenen in het tijdschrift 'hoewel het stormt in dat wereldje'. Toch waren zijn collegae, sociaal geneeskundigen in het algemeen en school/jeugdartsen in het bijzonder al sinds jaar en dag nauw betrokken bij dit belangrijke werk. De auteur gaf nauwkeurig aan waarom er nog steeds grote behoefte bestond aan kinderuitzending en evenzeer waarom artsen dit werk dienden te ondersteunen. Verder stak hij zijn kritiek op de overheid niet onder stoelen of banken: het was aan haar 'onbegrijpelijke subsidiebeleid' te wijten dat de kinderkuizen in hun voortbestaan werden bedreigd. Daarmee zou een nog steeds nuttige, zuiver preventieve voorziening van de kaart verdwijnen.

Het artikel was uitdrukkelijk bedoeld om een debat over het voortbestaan van de kinderuitzending op gang te brengen, maar de bange vermoedens van de schrijver kwamen helaas maar al te snel uit. De enige arts die reageerde was de leider van de Schoolartsendienst

Hilversum M.A. Kipp (1970). Samen met assistente mej. A. M. L. Bolderwijk adstrueerde de auteur aan de hand van harde empirische gegevens uit een kinderherstellingsoord wat kinderuitzending in die dagen kon betekenen. Formeel ging het om 'tijdelijke uithuisplaatsing van niet-zieke schoolkinderen, die om allerlei redenen niet goed functioneren op school of thuis'. In de praktijk ging het om kinderen met afwijkingen op zowel somatisch als psychologisch gebied. Aan de hand van duidelijke voorbeelden lieten de auteurs zien dat 'medisch, psychosomatische en sociale factoren niet te scheiden zijn'. Bovendien lieten ze zien dat opneming in een kinderkuis positieve resultaten opleverde die ook na langere tijd nog merkbaar bleven.

Zelfs dit wetenschappelijk opgezette artikel heeft niet kunnen verhinderen dat de integratie van medische, psychologische, pedagogische en sociologische benaderingswijzen die in de kinderuitzending zo vroeg en voorspoedig was begonnen uiteindelijk toch minder gunstig zou verlopen.

In eerste instantie ging het goed. In 1970 werden dertien medische kindertehuizen erkend in het kader van de AWBZ en in de periode 1970-1975 nog eens vijf. Dat lijken er zelfs wat veel te zijn geweest, want in 1978 liet staatssecretaris mevr. mr. E. Veder - Smit van Volksgezondheid en Milieu (VOMIL) haar ambtenaren een behoeftebepaling doen; er was nogal wat leegstand in sommige huizen. Een verklaring van de afnemende bezetting werd (ook door de huizen zelf) gezocht in dalende geboortecijfers. Verder groeiden er meer mogelijkheden tot ambulante hulpverlening en onderwijs (Buitengewoon Onderwijs), terwijl de opvattingen over residentiele opneming zich wijzigden. Bovendien meende men dat de instellingen die zeer wel gelegen waren geweest als vakantiekolonie inmiddels voor hun nieuwe taken wat te ver van de bewoonde wereld lagen wat het inmiddels zeer belangrijk geachte contact tussen ouders en kinderen belemmerde (Rapport Centrale Raad Kinderuitzending).

De door de Staatssecretaris ingestelde commissie kwam tot een algemene norm die in 1979 werd opgenomen in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Daarmee behoorden de huizen bij de intramurale medische instellingen.

De oude koloniehuisen leken de bocht naar de nieuwe tijd daarmee succesvol te hebben gemaakt. De stormen die de Structuurnota (1974) van J.P.M. Hendriks, de staatssecretaris voor volksgezondheid in het Kabinet- Den Uyl veroorzaakten, doorstonden ze goed: ze pasten heel wel in het stelsel van geregionaliseerde, geëchelonneerde en gedemocratiseerde instellingen dat de beleidsmakers voor ogen stond: een nieuwe multidisciplinaire voorziening. Leek hiermee een voorlopig keerpunt bereikt, dat was in werkelijkheid niet het geval: bij de behandeling van de begroting voor 1979 diende het kamerlid Aantjes een motie in waarin de regering gevraagd werd de mogelijkheden te onderzoeken om alle vormen van residentiele hulpverlening op een noemer te brengen. Een hierop ingestelde interdepartementale werkgroep residentiele hulpverlening (IWRV) onder voorzitterschap van een ambtenaar van Justitie bekeek alle vormen van residentiele hulpverlening 'wegens somatische, psychische en pedagogische, onderwijskundige of sociale redenen', 'dan wel vanwege gedragsproblemen'. De commissie kwam met een interim-advies dat weinig rekening hield met het eigen karakter van de kinderkuisen. Bij lezing van de stukken wordt terstond duidelijk dat de ambtenaren zich hadden laten leiden door de uitgangspunten die staatssecretaris Hendriks (de voorganger van mevr. Veder) in zijn al genoemde Structuurnota had gelanceerd: de voorzieningen in de gezondheidszorg moesten beter over het land worden gespreid en daarbij bovendien geordend worden naar de mate waarin ze specialistische hulp verschaften. Niet in de laatste plaats

moesten ze gedemocrateerd worden, wat in gewoon Nederlands betekende dat ze niet langer door het maatschappelijk middenveld moesten worden aangestuurd, maar door de overheid en de politiek (Anon. 1979:4).

De IWRV-commissie was van mening dat op er zich zelf ruim voldoende voorzieningen waren, maar dat deze niet goed over het land waren gespreid. Verder vond ze dat de planning van het beleid beter gestalte moest krijgen. Dit was - vanzelfsprekend - geen zaak van het particuliere initiatief, maar van de overheid en dan vooral de provinciale overheid. Het maatschappelijke middenveld kon zijn stem zo nodig laten horen via zogeheten provinciale beraadsgroepen. Verder meende de commissie dat de plaatsing van kinderen beter en vooral ook democratischer moest worden geregeld. Daartoe dienden multidisciplinair samengestelde plaatsingsadviescommissies in het leven te worden geroepen. In het kader van de echelonnering van de zorg merkte de commissie verder op dat er veel overlap bestond tussen de verschillende instellingen. Ze pleitte daarom voor een scheiding tussen instellingen waarin kinderen kort en lang verbleven. In een anno 1980 verschenen vervolgrapport pleitte men nog eens voor regionalisatie en verder voor normalisatie, een thema dat in die dagen veel opgeld deed. De commissie zag kleine eenheden voor zich, gevestigd in woonwijken maar onderling verbonden door bestuurlijk -organisatorische structuren. Kwam het bestaansrecht van de kindertehuizen hiermee op de tocht te staan, nog bedreigender was dat de commissie van mening was dat de verschillende instellingen *per voorziening* gedifferentieerde hulp moesten aanbieden. Een differentiatie tussen voorzieningen werd uit den boze geacht. De in dit kader geventileerde denkbeelden inzake 'hoogvlaktevoorzieningen' met een gedifferentieerd aanbod en 'piramidevoorzieningen' doen de lezer uit de eenentwintigste eeuw wat onwerkelijk aan. Duidelijk wordt echter dat de medische kindertehuizen zich, door de op zich zelf zo wenselijke interdisciplinaire koers te kiezen, buiten de veilige, want medisch specialistische sfeer van de WZV-instellingen hadden geplaatst. Dat werd pijnlijk duidelijk toen het kabinet de voorstellen van de commissie overnam en als uitgangspunt gebruikte bij haar gesprekken met de - nog steeds particuliere - instellingen en hun koepels. In 1981 beraadde de Centrale Raad van de kindertehuizen (die inmiddels als werkgeversorganisatie van de instellingen optrad) zich over de toekomst van de huizen. Wanneer de medische kindertehuizen in de toekomst onderdeel van de jeugdzorg zouden worden, dan zou financiering niet langer via de AWBZ lopen - een verzekering - maar via de begrotingen van het Ministerie van Justitie en of CRM. Men wees er met nadruk op dat het in de huizen om de behandeling van zieke kinderen ging en dat het dus niet aanging om deze anders dan via een (volks)verzekering te bekostigen. Bovendien vreesde men dat de band met de kindertehuizen die zich aan het ontwikkelen was, zo onder druk zou komen te staan¹. Inderdaad gingen op het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) stemmen op om de kindertehuizen uit de steeds meer geld kostende AWBZ te lichten. Via de Wet jeugdhulpverlening werden de kindertehuizen daar in 1989 uitgehaald. Aanvankelijk leken de huizen nog te kunnen blijven werken via de bestaande normen. Bij de eerste bezuinigingsronde op het budget jeugdhulpverlening in 1992 werd het al anders. Wat de huizen zeker zal zijn tegengevallen, is dat de overheid die regionalisatie en schaalverkleining had gepredikt, nu meende dat schaalvergroting de effecten van de korting gemakkelijk kon opvangen. Inmiddels maken de kindertehuizen (men spreekt steeds vaker van kindertehuizen) en de kinderdagverblijven alweer tien jaar deel uit van de jeugdzorg.

¹ Het eerste MOB werd in 1928 te Amsterdam opgericht onder de naam Bureau voor moeilijk opvoedbare kinderen. Nadat andere steden waren gevolgd, ontstond in 1937 de Nederlandse Federatie van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van MOB's. IN 1964 waren er 75 MOB's. Daaraan was steeds een psychiater, een psycholoog, een kinderarts en een soc. psych. verpleegkundige verbonden. In 1944 werd in Groningen de eerste jeugdpsychiatrische dienst opgericht (Santema, 1966 77 e.v.).

Medische kinderdagverblijven

Dagbehandeling begon in Nederland in de jaren twintig met de opvang van kleuters. De Haagse huisarts A. C. Mol had in zijn praktijk veel mensen die in donkere, zonloze kelderwoningen huisden en die hun kinderen bovendien maar slecht konden voeden. Rachitis kwam bijgevolg voor op welhaast epidemische schaal. Ten einde raad stelde de dokter op een goede dag aan een vrouw voor om met haar kroost buiten in de zon te gaan zitten. Dat was in dit geval mogelijk omdat het gezin in het laatste huis van een rij woonde. Het snelle resultaat van de 'uithuisplaatsing' vroeg om een verdere verbreiding van het gebruik. In de praktijk riep dat echter de nodige problemen op: men had geen tuin om in te zitten en menig moeder kon haar huis niet verlaten in verband met andere werkzaamheden. Dat bracht de arts op het idee om de kinderen overdag elders onder te brengen - bij voorkeur op het nabijgelegen strand. De wijze waarop hij zijn idee verwezenlijkte, was geheel conform de zeden en gewoonten van die tijd: de dokter zocht en vond de steun van een aanzienlijke en bemiddelde stadsgenote, in dit geval de Barones van Hogendorp- 's Jacob. Samen zetten zij in 1919 de Eerste Nederlandsche Vereeniging voor Kleuterzorg op. De vereniging streefde naar een eigen dagkoloniehuis aan zee - een inrichting die ervoor zorgde dat de kinderen overdag waar mogelijk buiten konden spelen. Dat het plan slaagde, had niet in de laatste plaats te maken met het feit dat de Haagse filantroop Mr. C. P. D. Pape geld schonk voor de bouw van een buitenverblijf. Het succes was zo groot dat Pape nauwelijks drie jaar later nog eens geld voor een tweede huis schonk. Het gevolg was dat men elke ochtend lange slingers kinderen per speciale tram uit de arbeiderswijken naar zee kon zien rijden - en 's avonds weer terug. Het idee vond weldra navolging in andere steden.

De latere kinderdagverblijven werden voor een belangrijk deel opgericht vanuit de medische kindertehuizen die hier nieuwe mogelijkheden tot behandeling in zagen. In 1982 waren er 21 MKD met samen 1650 plaatsen (Hoeing/Wafelbakker 1983). Deze huizen sloten zich op een gegeven moment aan een in een federatie van medische kleuterdagverblijven. Doelgroep werden kinderen met gedragsproblemen. Zij kregen psychosociale hulp, terwijl hun ouders bij de opvoeding werden ondersteund.

4. Consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters

De negentiende-eeuwers maakten veel gebruik van de medische statistiek. Al tellend en turvend, konden ze de omvang van allerlei problemen vaststellen en zelfs wisten ze verbanden te leggen tussen bepaalde ziekteverschijnselen en hun oorzaken. Zo was in 1860 reeds heel goed bekend dat één vierde van de pasgeborenen binnen het eerste jaar reeds overleed. Ter vergelijking: in 1960 was het aantal gedaald tot 16.5/1000 (Baaij, 1962). Inmiddels ligt het cijfer rond de 7/1000.

Sommigen dachten, het werd eerder reeds aangestipt, dat deze enorme sterfte onvermijdelijk was - in de vrije natuur zag men immers geen ander patroon. Anderen zagen dat de sterfte het gevolg was van bepaalde ongezonde leefgewoonten en van maatschappelijke omstandigheden die op zich zelf niet onvermijdelijk waren laat staan noodzakelijk. Zo zag de Parijse gynaecoloog Pierre Budin dat de gezondheidstoestand van de pasgeborenen vaak sterk achteruit ging zodra de kinderen zijn kliniek hadden verlaten. De arts ontdekte al snel dat het vooral om (moeders en) kinderen uit de zwakke wijken ging. Bovendien stelde hij vast dat veel vrouwen zodra ze weer thuis waren met de borstvoeding stopten. In 1892 richtte hij daarom een spreekuur in waarop de vrouwen met hun baby's op gezette tijden terug konden

komen. Op het bureau werd voorlichting gegeven. Waar nodig werd melkvoeding verstrekt. Aan dit eerste consultatiebureau was namelijk een melkkeuken verbonden waar melk gepasteuriseerd en zo nodig verdund werd (Voorhoeve, 1966).

Het Parijse idee werd elders in Frankrijk snel overgenomen en vond ook in Nederland navolging. Reeds voor de eeuwwisseling hield de fameuze (eerste) vrouwelijke arts Aletta Jacobs (1854-1929) speciale spreekuren voor moeder en kind. Overbekend is dat de Haagse huisarts dr. B. P.B. Plantenga (1870-1955) in 1901 een spreekuur voor moeders met pasgeboren kinderen opzette. Zijn plan kon, de lezer raadt het reeds, doorgang vinden omdat de arts de steun had verworven van een aantal Haagse dames. Zij steunden hem financieel, maar waren ook actief op het spreekuur. Dat werd gehouden in een daartoe speciaal ingerichte woning in de buurt van de praktijk van de dokter. Het nieuwe initiatief werd gedragen door de Haagse Bond tot Bescherming van Zuigelingen. Dergelijke bonden werden ook in andere steden gevormd. Net als de lokale organisaties die zich (zie eerder) met de uitzending van kinderen bezig hielden, voelden deze bonden weldra behoefte aan samenwerking. Door toedoen van een aantal kinderartsen werd in 1908 te Utrecht de Nederlandsche Bond tot Bescherming van Zuigelingen opgericht. Tot de initiatiefnemers behoorden de bekende Amsterdamse hoogleraar gynaecologie en obstetrie Hector Treub (wiens naam in het kader van de kinderuitzending reeds werd genoemd) en de niet minder bekende kinderarts dr. Cornelia de Lange. De Bond heeft vele decennia lang de strijd tegen de kindersterfte geleid. Het bestuur trad op als een gemeenschappelijke spreekbuis, coördineerde activiteiten van de aangesloten verenigingen en stimuleerde de oprichting van nieuwe lokale instellingen. In de steden lukte dat heel aardig maar op het dun bevolkte platteland was het veel moeilijker. Daar zijn het vooral de kruisverenigingen geweest die de zuigelingenzorg van de grond hebben getild (Knapper, 1935).

De kruisverenigingen en de consultatiebureaus

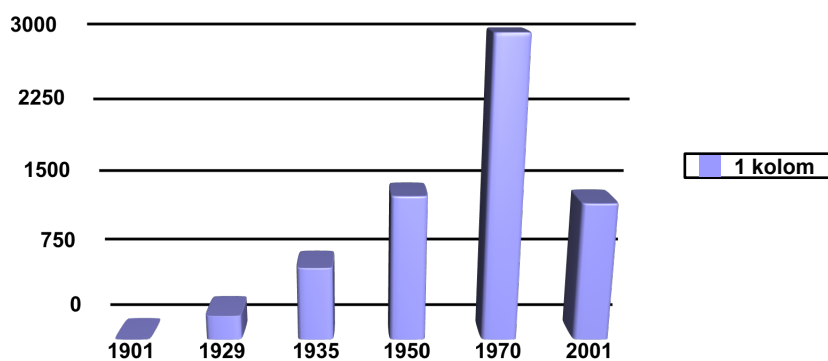
De kruisverenigingen hebben in de jeugdgezondheidszorg een niet weg te denken rol gespeeld en ze verdienen bijgevolg een korte bespreking. Deze instellingen ontstonden op dezelfde manier als de eerder besproken kindehuizen en consultatiebureaus. Het waren kleine lokale organisaties die door de bevolking zelf werden opgericht en in stand gehouden. Rijke burgers steunden de verenigingen en de leden betaalden een bepaalde contributie. Van dat geld werd een magazijn met verplegingsartikelen aangelegd en vervolgens werd een verpleegkundige aangesteld. Doel van de kruisverenigingen was in eerste instantie het ondersteunen van zieken die thuis werden verpleegd. In tweede instantie gingen de kruisverenigingen en hun wijkzusters zich echter ook toeleggen op de zorg voor moeder en kind.

De eerste kruisvereniging ontstond in 1875 in Hilversum. Het Gooise voorbeeld vond weldra navolging. In alle mogelijke plaatsen begon men onder aanvoering van dokter of dominee een eigen vereniging. Daarbij impliceerde de verzuilde structuur van de Nederlandse samenleving dat de verschillende confessionele denominaties elk hun eigen kruisvereniging oprichtten en dat daarnaast ook algemene verenigingen ontstonden.

Net als alle reeds genoemde lokale initiatiefnemers voelden ook de oprichters van de kruisverenigingen behoefte aan overleg en zo ontstonden in Nederland drie grote koepels die vanzelfsprekend op basis van de levensbeschouwing waren ingedeeld. In 1911 ontstond de Algemene Nederlandsche Vereeniging 'Het Groene Kruis' (algemeen), in 1923 de Nationale Federatie 'Het Wit-Gele Kruis' (Rooms Katholiek) en in 1938 de Bond van Protestantsch - Christelijke Vereenigingen voor Wijkverpleging. De kleuren van dit laatste kruis waren oranje

en groen. De bestaande lokale verenigingen hielden de koepels in stand, maar die ondersteunden van hun kant weer nieuwe initiatieven elders. Aldus groeide in hoog tempo een dicht netwerk van kruisorganisaties die lokaal betrekkelijk autonoom waren maar niettemin samen een vuist konden maken als dat nodig was. In 1965 telde het land niet minder dan 1750 plaatselijke verenigingen. Ze hielden zich, zoals gezegd, bezig met ziekenverpleging, maar ook met moederschapzorg en kinderhygiëne. In dat kader werkten ze vaak ook actief mee aan de kinderruitzending. Bovendien zetten ze consultatiebureaus op. De kruisen maakten daarbij in eerste instantie vaak onderscheid tussen bureaus voor zwangere vrouwen en voor moeders met zuigelingen. Hoewel de achterliggende gedachte vanuit een preventief oogpunt zonder meer helder was, hebben de eerstgenoemde bureaus niet overal een even hoge vlucht genomen. Vroedvrouwen, huisartsen en specialisten betwistten de kruisen de zorg voor de aanstaande moeders (Santema,1966:53). Daarentegen werden de consultatiebureaus voor zuigelingen en groot succes. De wijkzuster organiseerde het bureau en kon haar verpleegkundige en hygiënische kennis doen gelden. Voor het medische deel van het werk konden de kruisverenigingen een beroep doen op een plaatselijke huisarts of kinderarts. Wat niet weinig aan het succes heeft bijgedragen, is dat de wijkzusters gewend waren (zieke) mensen thuis te bezoeken en dat ze in dat kader ook gezinnen met pasgeborenen en zuigelingen bezochten. Zo konden ze mensen persoonlijk aansporen om naar het bureau te komen. Bovendien konden ze zelf de huiselijke situatie in ogenschouw nemen. Het grote voordeel daarvan was dat niet alleen medische maar ook psychische en sociale factoren de aandacht kregen.

Grafiek met toename van het aantal bureaus (Bron: Van Lieburg, 2001:22).



1901 1 bureau

1929 250

1935 750

1950 1472

1970 3000

2001 1400

Zoals gezegd, konden de wijkzusters voor het medische deel van het werk terugvallen op lokale artsen. Daarenboven hadden ze de steun van eigen artsen. De kruisverenigingen waren dankzij een groeiende samenwerking op regionaal, provinciaal en nationaal niveau in staat om eigen provinciale en districtskinderartsen en verpleegkundigen aan te stellen. De wijze waarop aan deze ontwikkeling vorm werd gegeven, verschilde nogal: soms stelde een provinciale zuil een eigen arts plus verpleegkundige aan, soms deden twee of drie zuilen dat samen. Soms ook vormden ze samen weer een nieuwe stichting waarin het werk voor de jeugd werd samengebracht. De eerste districtskinderarts werd in 1921 aangesteld door het Limburgsche Groene Kruis.

De bond met de lange naam

De aanstelling van artsen op regionaal, provinciaal en landelijk niveau laat zien dat de kruizen reeds voor de Structuurnota in de richting van nationaal werkende organisaties groeiden. Dat nam niet weg dat ze op centraal niveau nauw bleven samenwerken met de Nederlandsche Bond tot bescherming van zuigelingen. Deze Bond was in 1908 opgericht door toedoen van enkele vooraanstaande gynaecologen en kinderartsen. Artsen bleven in de vereniging een belangrijke rol spelen: diverse kinderartsen waren achtereenvolgens voorzitter. In 1934 werd de naam van de Bond gewijzigd in 'Nederlandse bond tot bescherming van zuigelingen en kleuters en voor de prenatale zorg ('de bond met de lange naam')'. De naamsverandering gaf duidelijk aan in welke richting de verenigde instellingen hun koers wilden wijzigen. In 1949 werd de naam nogmaals gewijzigd in 'Bond voor moederschapszorg en kinderhygiëne' (Van Lieburg, 2001: 28). In de Bond waren ongeveer alle belangrijke actoren op het terrein van de zorg voor moeder en kind vertegenwoordigd: de drie landelijke kruisverenigingen, de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde, de Algemene Nederlandse vereniging voor sociale geneeskunde (ANVSG), de Nationale federatie voor geestelijke verzorging, de Nederlandse vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie en de Vereniging van Directeuren van Gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten. Voorts waren aan het bestuur van de Bond een aantal deskundigen c.q. beroepsbeoefenaren verbonden (artsen en verpleegsters). Als adviserende leden traden tenslotte de vertegenwoordigers van de Geneeskundige hoofdinspectie en van de Provinciale raden voor de Volksgezondheid op. De Bond overkoepelde een aantal lokale verenigingen die in de grote steden consultatiebureaus organiseerden en verenigde daarnaast de andere organisaties die zich met de zorg voor moeder en kind bezig hielden. In de eerste plaats waren dat natuurlijk de kruisverenigingen die veel bureaus in de steden hadden en op het platte land bijna alle het CB-werk gingen doen. De kracht van de Bond werd daarbij meer en meer het verzamelen en verspreiden van nieuwe inzichten en ideeën. De Bond is dat blijven doen tot in de jaren zeventig. Toen men zich realiseerde dat de jeugdgezondheidszorg een taak van de overheid was geworden hief de Bond zichzelf op (Hartgerink, 1972).

In het interbellum

Na de Eerste Wereldoorlog ontstond een grote behoefte om allerlei zaken beter te regelen - ook op het terrein van de gezondheidszorg. Dat leidde bijvoorbeeld tot een reorganisatie van het staatstoezicht waarbij een inspecteur speciaal belast werd met het toezicht op de moederschapszorg en de kinderhygiëne. Ook de verschillende maatschappelijke verenigingen bleven niet stil zitten. In het onderhavige kader is van belang dat de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde (toen nog: Nederlandsche Vereeniging voor Paediatric) pogingen in het werk stelde om meer eenheid in het kruiswerk te bewerkstelligen. De vereniging trad in contact met de Bond met de toen nog niet zo lange naam en riep een 'Commissie ter bestudering van het vraagstuk der consultatiebureaus voor zuigelingen en der melkkeukens' in het leven. Het advies van de commissie is lange tijd richtinggevend geweest voor het werk van de consultatiebureaus (Van Lieburg 2001). Allereerst valt op dat de bureaus gedacht waren voor gezonde zuigelingen en voor zieke zuigelingen van minvermogende ouders. Laatstgenoemden mochten alleen komen als hun bezoek geen nadeel opleverde voor het kind zelf dan wel voor zijn omgeving c.q. de andere kinderen op het bureau.

Uitdrukkelijk werd bepaald dat de bureaus dienden te worden geleid door een medicus - liefst een kinderarts. Minstens even belangrijk is naar onze mening echter de 'deskundig huisbezoekster' geweest, die aan elk bureau verbonden behoorde te zijn. Geheel naar de eisen van die tijd werd ze echter nadrukkelijk onder het commando van de dokter geplaatst: Ze moest 'op het spreekuur tegenwoordig en behulpzaam zijn' en was 'verantwoording van haar arbeid verschuldigd aan den medischen leider'. Voorts werd vastgesteld dat aan elk bureau zo mogelijk een melkkeuken werd verbonden. Daar kon voeding worden bereid die moeders om technische dan wel financiële redenen niet zelf konden klaar maken (Baaij, 1963:99).

Kleuterbureaus.

Een tweede belangrijke ontwikkeling na de Eerste Wereldoorlog vormde de vestiging van bureaus voor kleuterzorg. De consultatiebureaus hadden zich in eerste instantie vrijwel uitsluitend gericht op de zuigelingen. Na het eerste jaar werd het grootste gevaar geweken geacht. Mede door het werk van de opkomende schoolartsendiensten werd echter duidelijk dat tal van kinderen in de eerste klas van de lagere school afwijkingen hadden die reeds veel eerder opgespoord hadden kunnen zijn. In 1929 culmineerden de nieuwe denkbeelden in dezen in een groot nationaal congres voor kleuterzorg. De grote motor hierachter was de spraakmakende directeur van de Amsterdamse GGD dr. L. Heijermans. Het is aardig om te zien dat deze overheidsdienaar heel anders te werk ging dan huisartsen als Plantenga en Bos dat destijds hadden gedaan. De GGD-man schakelde de Vereniging van (artsen voor) gemeentelijke geneeskundige verzorging (VGGV) in en de Nederlandse vereniging van schoolartsen (NVS) (TSG p 62)] In de maand december 1928 werd in Amsterdam de 'constituerende bestuursvergadering' gehouden van een tijdelijke organisatie die als doel had een 'Congres voor de lichamelijke verzorging van den kleuter' te houden. Het TSG werd het congres-orgaan² (Anon.1929:207 e.v.).

De Amsterdamse wethouder openbare gezondheidszorg trad als voorzitter op (TSG, 1929:1). Hem stond net als de directeur van de GGD een gemeentelijke organisatie voor ogen met daarin geïntegreerd de zorg voor zuigelingen, kleuters en schoolgaande kinderen. De heren hadden enig recht van spreken, want de door hen voorgestane situatie bestond al in Amsterdam. Heijermans was bovendien de felle pleitbezorger van een netwerk van gezondheidsdiensten over Nederland - een plan dat minister Aalberse reeds in 1921-22 had gelanceerd (Heijermans, 1929). Zijn opvolger, J.R. Slotemaker de Bruïne, zegde toe als erevoorzitter van het congres op te treden. Hetzelfde deden een aantal Commissarissen van de Koningin, leden van Gedeputeerde Staten en Burgemeesters van steden als Amsterdam, Den Haag en Utrecht. Naast vertegenwoordigers van het Staatstoezicht werden de voorzitters van de kruisverenigingen uitgenodigd en voorts de voorzitters van alle instellingen die in de wereld van de gezondheidszorg, de armenzorg en het onderwijs iets te betekenen hadden. In totaal telde het 'eere-comité' meer dan zeventig leden. Het dagelijks bestuur bestond uit genoemde mr. Rutgers en voorts de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van schoolartsen, de voorzitter van de Amsterdamsche Raad voor de Kinderuitzending en twee afdelingshoofden van de hoofdstedelijke GGD. Bij het selecteren van sprekers probeerde men alle aspecten van de zorg voor het kind aan bod te laten komen. Men besprak morbiditeit en mortaliteit; de kleuter als lid van het gezin, de kleuterschool, de uitzending van kleuters, en niet in de laatste plaats de thema's kleuters en orthopedie, rachitis, mazelen en kinkhoest. Ook de bespreking van dagverblijven voor zwakke kleuters en het nog zeer sporadische

² het congresnummer: TSG 1929 p 3 e.v.

uitbesteden van kleuters kwamen aan de orde. Opmerkelijk is dat psychologische en sociologische aspecten van de zorg voor de kleuter nog niet zo relevant lijken te zijn geacht. Hoe moet men anders Heijermans' uitspraken duiden dat opnemng van die onderdelen een al te omvangrijk congres zou opleveren?

Na 1945

Na de Tweede Wereldoorlog hadden de bureaus het druk - nog drukker dan na de Eerste Wereldoorlog waarin Nederland neutraal had weten te blijven. Nadat de ergste nood was gelenigd, kwam net als bij de koloniehuzen de vraag boven of men zich in de toekomst niet meer moest gaan richten op de psychosociale aspecten van gezondheid. De eerder genoemde Bond kwam in 1952 op het oude, maar nog steeds doeltreffende idee om een prijsvraag uit te schrijven: hoe moest de toekomst van de zuigelingen- en kleuterzorg er uit gaan zien? Hoe belangrijk de vraag werd geacht, kan blijken uit het feit dat tal van kinderartsen van naam een antwoord inzonden. De prijzen werden gewonnen door de huisarts, later bedrijfsarts dr. J.T. Buma en de kinderarts-CB-arts Suze van Veen. Beiden bepleitten met veel vuur meer aandacht voor een psychosociale benadering van het kind in de geest van de definitie die de WHO in 1946 van gezondheid had gegeven.

Het feit dat juist deze auteurs de eerste en de tweede prijs ontvingen, geeft aan dat het bestuur van de Bond geenszins afwijzend stond tegen vernieuwing. Misschien had dat op zijn beurt te maken met het feit dat de CB's op dit terrein al een zekere traditie hadden opgebouwd. De wijkzusters hadden door hun functie en hun eigen opleiding immers een goed oog voor sociale problemen en maatschappelijke omstandigheden. Zij konden die vaardigheid benutten tijdens de thuisbezoeken die van meet af aan een essentieel onderdeel van het CB-werk uitmaakten.

Niet onvermeld kan blijven dat de organisatorische voorstellen die Van Veen deed, een soort 'preview' zijn van de plannen die Staatssecretaris Hendriks enkele jaren zou lanceren in zijn Structuurnota. Dat de Bond een brede en vooruitziende blik had, bleek ook uit het rapport dat het bestuur aan het begin van de jaren zeventig liet schrijven.

Prikken

Intussen deden zich ook in de somatische sfeer de nodige nieuwe ontwikkelingen voor. De consultatiebureaus hebben een kardinale functie vervuld in de strijd tegen de besmettelijke kinderziekten die de jeugd tot in het midden van de vorige eeuw teisterden. Van meet af aan speelden (huis)arts en bureau een belangrijke rol bij de vaccinatie tegen pokken. In 1952 begonnen de bureaus op verzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie met de grote inentingsprogramma's. Ze werden daartoe bij uitstek geschikt geacht omdat de kruisverenigingen niet alleen lokaal, maar ook regionaal en provinciaal werkten en die niet alleen uitvoerend bezig waren, maar ook een eigen administratief apparaat hadden. Het opzetten en uitvoeren van het Landelijk Vaccinatieprogramma tegen difterie, kinkhoest en tetanus vormde een enorme opgave: de verenigingen moesten aan gegevens uit het bevolkingsregister zien te komen, iets wat niet in elke gemeente even gemakkelijk was. Verder moest de verdeling en de (gekoelde) opslag van vaccins geregeld worden. Na de beruchte polio-epidemie begon in de jaren 1956 -57 de vaccinatie tegen poliomyelitis. In de jaren tachtig volgde de vaccinatie tegen bof, mazelen en rode hond. In de jaren negentig is daar nog de inenting tegen Haemophilus Influenzae aan toegevoegd en onlangs tegen meningitis C.

De vaccinaties brachten veel en verantwoordelijk administratief werk met zich mee. De provinciale Ent Administraties werden ondergebracht bij de provinciale kruisverenigingen. Na de reorganisaties van het kruiswerk in de jaren zeventig en tachtig zijn de PEA's zelfstandige stichtingen geworden.

Diagnostiek

Belangrijke vorderingen werden in deze jaren ook op het gebied van de diagnostiek gemaakt, de longitudinale groeistudies, het onderzoek van het gehoor en het ontwikkelingsonderzoek. De longitudinale groeistudies zijn verricht in 1955, 1965, 1980 en 1997.

Het onderzoek naar het gehoor van zuigelingen, het Ewing onderzoek, bestaat sinds de jaren zestig en is later elektronisch uitgevoerd in de jaren '80 en heette toen CAPAS (Compact Amsterdam Pediatric Audiometric Screener). Sinds een paar jaar wordt geëxperimenteerd met de neonatale gehoorscreening.

Het ontwikkelingsonderzoek, het van Wiechenschema is gemaakt door de Zwolse huisarts Dr H.J. van Wiechen. Vanaf de jaren zestig en de twintigste eeuw maakte het een onderdeel uit van het dossier van het CB, de zogenaamde drieluikkaart. In 1983 verscheen een gewijzigde versie: werkboek bij het herziene van Wiechenschema (Schlesinger-Was 1981). In 1996 werd het van Wiechenschema drastisch gewijzigd. Dat blijkt ook uit de verandering van de naam, het heet nu van Wiechenonderzoek (Brouwers- De Jong 1996)

In de jaren zeventig trokken de kinderartsen zich terug in de kliniek en hielden ook veel huisartsen op met het CB -spreekuur. Wellicht speelde de zeer bescheiden honorering hier een rol, wellicht ook de toename van het werk aan het ziekbed. Mogelijk heeft ook een rol gespeeld dat geëist werd dat een bureau-arts minstens twaalf uur per week als zodanig bezig moest zijn. In plaats van de kinderarts en de huisarts kwamen vrouwelijke artsen die na de oorlog in steeds groteren getale geneeskunde waren gaan studeren en die vervolgens de grootste moeite hadden als huisarts of specialist te worden toegelaten. Deze CB-artsen nieuwe stijl hadden grote behoefte aan een gedegen opleiding. Met name op psychosociaal en pedagogisch gebied waren ze immers onvoldoende onderlegd. Men zocht en vond steun bij de (sinds de jaren dertig bestaande) Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB's) en bij het Nederland Instituut voor Preventieve Geneeskunde (NIPG) dat cursussen organiseerde (Van Lieburg, 2001). Ze vormden de aanloop naar de latere applicatiecursussen die het Leidse Instituut tussen 1975-1980 organiseerde. Niettemin kwam de overgang van een sterk somatische naar een meer integrale benadering maar langzaam uit de verf. Daar kwam nog bij dat de merkwaardige scheiding tussen Consultatiebureaus en schoolartsendiensten door alle uitvoerende artsen en verpleegkundigen als onnatuurlijk werd ervaren. De vraag was dus hoe een betere organisatie tot stand kon worden gebracht. Het antwoord daarop was niet gemakkelijk te vinden: de kruisverenigingen wilde hun oude en eerbiedwaardige rol in de zorg voor moeder en kind niet afgeven en de gemeenten waren van hun kant niet bereid om de schoolartsendiensten over te hevelen naar het - tanende - particulier initiatief.

Het bestuur zag al die kwesties op zich afkomen en gaf een commissie o.l.v. de jeugdarts W. B.J.M. van der Meeren opdracht een beleidsnota te schrijven. De commissie pleitte in haar nota van 1972 krachtig voor één organisatie van zowel schoolgezondheidszorg als zorg voor kleuters en zuigelingen. Dat idee leverde althans op principieel niveau weinig discussie meer op; bij de Bond zag inmiddels vrijwel iedereen in dat de organisatorische scheiding tussen de

twee zo nauw verbonden vormen van preventieve zorg niet meer te verdedigen was. Meer discussie riep in de kringen van het bestuur de stelling op dat de zorg voor de jeugd geen zaak meer was van het particulier initiatief en dat het dus de overheid was die deze vorm van zorg moest gaan behartigen. Zeker zal in dit verband een belangrijke rol hebben gespeeld dat in die dagen reeds stemmen opgingen om het kruiswerk vanuit de in 1968 ingestelde AWBZ te financieren.

De jongste ontwikkelingen

De kruisorganisaties kwamen net als veel andere instellingen in een stroomversnelling terecht tot het kabinet - Den Uyl in het begin van de jaren zeventig met zijn pogingen tot herstructurering begon. Zij moesten volgens de Structuurnota, het plan van staatssecretaris Hendriks om de gezondheidszorg te echelonneren, te regionaliseren en te democratiseren, een belangrijk onderdeel van de curatieve eerstelijnszorg worden. Een ingrijpende reorganisatie werd nodig geacht: de opdeling in drie identieke organisaties, de kleinschaligheid van de vele honderden lokale organisaties en de grote invloed van het particuliere initiatief werden als onwenselijk en uit de tijd beschouwd. De opheffing van alle tekorten zag men in de vorming van nieuwe districten met daarin basiseenheden voor 20 000 -40 000 inwoners. De hervormingseisen werd kracht bijgezet via allerlei subsidieregelingen. De maatregelen misten hun uitwerking niet: in 1977 fuseerden de drie landelijke koepels. Bovendien werd een begin gemaakt met de vorming van districten en basiseenheden. De oude banden tussen de lokale verenigingen en de nieuwe kruisorganisatie werden daarbij verbroken. In 1980 werd het kruiswerk tenslotte opgenomen in de AWBZ. De organisatie kreeg langzaam maar zeker een hiërarchische top down structuur en ze had dank zij de AWBZ de eigen bijdragen der leden niet meer zo hard nodig. Bij dat alles verschoof het takenpakket van preventief naar curatief. Preventieve taken moesten worden ondergebracht bij de nulde lijn, voor de overheid was dat vooral de gemeentelijke gezondheidsdienst. Aanvankelijk bleven de consultatiebureaus daarbij buiten beschouwing. Nadat de verderop nog te bespreken Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid van kracht was geworden, gingen er steeds meer stemmen op om de consultatiebureaus aan de schoolartsdiensten te koppelen en ze samen onder te brengen bij de gemeentelijke overheden. Hierover straks meer.

5. De schoolartsdiensten

De schoolartsdiensten zijn ongeveer in dezelfde tijd ontstaan als de koloniehuisen en de consultatiebureaus. Hun wordingsgeschiedenis is niettemin heel anders. Hier waren het vooral de gemeentelijke overheden die het voortouw namen. Een soort startpunt vormen de wetten die ten tijde van de Bataafse Republiek werden uitgevaardigd. De nieuwe bewindslieden lieten zich sterk inspireren door de ideeën van de Verlichting en van de Franse revolutie en dat hield onder meer in dat ze groot belang hechtten aan een goede gezondheidszorg en aan goed onderwijs. In de onderwijswetten van 1803 en 1806 vindt men dan ook reeds enkele bepalingen omtrent de gezondheidszorg voor het schoolkind. Geheel conform de inzichten van de Verlichting werd veel waarde gehecht aan lichte en luchtige gebouwen. Daarnaast werden regels vastgesteld om besmettelijke ziekten te voorkomen. Men wist in die dagen nog niet dat dergelijke ziekten door micro-organismen worden veroorzaakt en dat mensen ze op elkaar kunnen overbrengen. Vrijwel alle deskundigen dachten dat epidemische ziekten werden veroorzaakt door een (plotselinge) bezoedeling van de lucht, de bodem of het water. Bijgevolg werd veel nadruk gelegd op hygiënische maatregelen en speelde de gezondheidstoestand van het individuele kind nog geen rol van betekenis. Behalve aan de

fysieke ruimte werd daarnaast ook enige aandacht besteed aan het schoolmeubilair. De uitvoering van de voorschriften op dit gebied was primair een zaak van de scholen en de gemeenten die hen in stand hielden. Op de naleving werd toegezien door de van rijkswege aangestelde inspecteurs van het lager onderwijs.

De eerste schoolartsen

Geneeskundigen werden bij de gezondheidszorg voor de jeugd nog nauwelijks betrokken. Dat gebeurde pas in het laatste kwart van de negentiende eeuw. De eerste gemeente die medici aanstelde als schoolarts was - voor zover bekend - Haarlemmermeer. De beweegredenen van het gemeentebestuur waren velerlei. Allereerst lijkt een rol te hebben gespeeld dat de actieve en vooruitstrevende bestuurders van de nieuwe, aan het water onttrokken gemeente geloofden in het nut van preventieve maatregelen in de sociaal-hygiënische sfeer. Niet vreemd daaraan was dat twee zeer vooraanstaande hygiënisten uit het naburige Amsterdam, J. P. Heye en C.E. Heynsius veel grond in 'de Meer' bezaten en zich uit dien hoofde ook met het beleid bemoeiden. Voorts was van belang dat de inzichten in het ontstaan van besmettelijke ziekten veranderden. Meer en meer werd duidelijk dat besmettelijke ziekten door levende smetstoffen, contagia, werden veroorzaakt die van mens op mens kunnen worden overgedragen. Bijgevolg werd het zinvol om na te gaan welke kinderen niet op school mochten blijven omdat ze een gevaar voor de andere leerlingen betekenden. In de praktijk waren onderwijzers ook wel in staat om vast te stellen welke kinderen een gevaar voor de gezondheid van de schoolpopulatie betekenden, maar hun optreden in dezen leverde in toename protesten op: de mondige bewoners van het nieuwe land accepteerden niet zomaar dat het hoofd der school hun kinderen naar huis stuurde, al zeker niet als het ging om de ziekten van wat toen nog 'de mindere stand' heette: schurft, luizen, vlooien enz. Artsen die sinds de hervorming van het medische onderwijs een groeiend gezag genoten, konden in dezen meer gewicht in de schaal werpen dan onderwijzers en dat kon als het om protesterende ouders ging, heel handig zijn.

Deze kwestie kreeg nog scherpere randjes toen in 1901 de Leerplichtwet werd uitgevaardigd. Ouders waren voortaan verplicht hun kinderen naar school te sturen. Formeel waren zij alleen van deze plicht ontslagen als hun kind leed aan een besmettelijke ziekte die expressis verbis was omschreven in de Epidemiewet. Aangezien ziekten als schurft in die wet niet voorkwamen, werd het nog moeilijker voor het onderwijzend personeel om kinderen van school te sturen of te weren. Artsen konden in dezen op grond van hun groeiende gezag een steviger vuist maken. Bovendien, zo dachten sommige gemeenten, konden ze ook in curatieve zin een bijdrage aan de oplossing van de problemen leveren: ze konden de zieke kinderen behandelen of doen behandelen. Een dergelijke lijn paste in het beleid van vooruitstrevende gemeenten als Zaandam en Arnhem die beide in 1904 een schoolartsendienst oprichtten. Vooral links- liberale politici meenden dat het de taak van de (lokale) overheid was om de gezondheid van de bevolking actief te bevorderen; dat kwam de armere en dus zwakkere stedelingen ten goede en - door een grotere volkskracht - ook de bevolking als geheel. Daarnaast hadden ook de kinderen van de rijkere burgers voordeel bij periodieke onderzoeken. Dat laatste kwam duidelijk naar voren uit het Duitse voorbeeld waardoor zowel Zaandam als Arnhem zich lieten inspireren. De oosterburen wier doen en laten in Nederland op de voet werd gevolgd, hadden rond 1900 reeds de nodige ervaring opgebouwd met het schoolartsenwerk. Als derde factor kan wellicht de toegenomen aandacht voor het kind worden genoemd. Illustratief hiervoor is dat het boek *De eeuw van het kind* van de Zweedse schrijfster Ellen Key in Nederland met enthousiasme werd ontvangen.

Geremd in de groei

Het aantal gemeenten dat de eerstelingen volgde, groeide in de eerste jaren van de twintigste eeuw gestaag. Het aantal schoolartsen groeide daarbij zo hard dat de eerder in verband met de Bond reeds genoemde arts Carstens in 1908 het initiatief nam tot de Nederlandsche Vereeniging van Schoolartsen (NVS).

De schoolartsen (verpleegkundigen zouden pas later komen) voorzagen in een grote en groeiende behoefte. Een eerste rem op de voorspoedige ontwikkeling van de nieuwe voorziening vormde echter weldra de Eerste Wereldoorlog. Hoewel Nederland neutraal wist te blijven, kwam de economie onder grote druk te staan en dat bevorderde de schoolgezondheidszorg niet - juist in een periode waarin deze zo hard nodig was. Deze ongunstige situatie bleef in de twee decennia tussen de wereldoorlogen voortbestaan. De belangstelling voor schoolgezondheidszorg was groot - ook bij de talloze ouders die zich met hun pleidooien voor meer schoolartsen tot de gemeenten en de geneeskundige inspectie wendden. Dat de lokale overheden slechts mondjesmaat op de vele verzoeken ingingen, had diverse oorzaken. In de eerste plaats was daar de kwakkelende economie die in het tweede decennium na de oorlog uitliep op een totale malaise. Een tweede oorzaak school in het paradoxale beleid van de overheid. Na de Eerste Wereldoorlog ontstond er een algemeen gevoelde behoefte om een aantal zaken in de sociaal-economische, politieke en administratieve sfeer beter te regelen. Het veelvuldige geknoei met voedsel tijdens de oorlogsjaren leidde er bijvoorbeeld toe dat in 1921 een Wet op de keuringsdiensten van waren werd uitgevaardigd. Nederland kreeg een sluitend systeem van regionale en lokale keuringsdiensten. In dezelfde lijn lag het plan van minister P. J. M. Aalberse om een landelijk netwerk van regionale geneeskundige en gezondheidsdiensten te vormen. Zelfs het platteland zou op deze wijze worden voorzien van diensten op het terrein van de openbare gezondheidszorg (Kerkhoff, 1994:34). Het plan bleef bij de parlementaire behandeling op allerlei punten steken en dat leidde er toe dat de uitbouw van schoolartsendiensten vooral op het platteland werd tegengehouden. De overigens goedwillende minister was bang dat een spontaan van onderop groeiend netwerk van districts-schoolartsendiensten zou interfereren met de door hem, van bovenaf, in te richten regionale gezondheidsdiensten. Zijn wetsontwerp bleef hangen tot het in 1933 definitief werd ingetrokken. Aldus liep de zaak van de schoolartsen ernstige vertraging op en dat juist in een tijd waarin de schoolgeneeskunde had moeten opbloeien. Wellicht waren de zaken anders gelopen indien de artsen zich niet hadden verzet tegen het plan van de minister van onderwijs De Visser. Deze bewindsman probeerde - andermaal direct na de oorlog - het onderwijs te hervormen en hij stelde in dat kader voor om de schoolartsendiensten onder zijn departement te brengen. De over het algemeen nogal apolitieke schoolartsen verzetten zich hevig tegen dit voorstel; ze meenden dat ze onlosmakelijk verbonden waren met volksgezondheid. Het gevolg van een en ander was dat de schoolartsen tussen de wal en het schip dreigden te raken en dat de wettelijke erkenning die zij zo fel begeerden niet werd verleend.

Een gereserveerde houding

Men zou de bewegingen rond de plannen van minister Aalberse alleszins paradoxaal kunnen noemen. Een tweede voorbeeld uit de geschiedenis van de schoolgezondheidszorg volgde weinig later tijdens de Tweede Wereldoorlog. Na jaren van vruchteloos touwtrekken tussen Rijk, gemeenten en schoolartsen besloot de bezetter in 1942 dat heel Nederland bedekt moest worden met een stelsel van schoolartsendiensten die bovendien aan bepaalde concrete

kwiteitseisen moesten voldoen. Zelfs de financiering werd duidelijk geregeld: Rijk, provincie en gemeenten zouden elk eenderde van de kosten voor hun rekening nemen. Hoewel de regeling (die door Nederlandse ambtenaren werd voorbereid) op zich zelf goed was, heeft ze in de oorlog om begrijpelijke redenen weinig vrucht afgeworpen. Na de oorlog stond de schoolgeneeskunde er dan ook niet zo goed voor. Men had eindelijk een wettelijke status, maar die was afkomstig uit een verdachte hoek. Voorts gold dat de schoolartsen voor het merendeel oudere ex-huisartsen waren die sterk somatisch en curatief waren ingesteld. Ze waren nog niet erg preventief georiënteerd. Bovendien hadden ze betrekkelijk weinig oog voor psychosociale en maatschappelijke aspecten van de gezondheidszorg. Deze sombere conclusie lijkt althans getrokken te moeten worden uit de wijze waarop de schoolartsen reageerden op voorstellen in die richting. Deze werden op een groot schoolartsencongres in 1952 gedaan door kopstukken uit de sociaal geneeskundige wereld zoals A. Querido en P. Muntendam. Eerstgenoemde was directeur van de hoofdstedelijke GGD en hoogleraar sociale geneeskunde, laatstgenoemde was Directeur-Generaal, een tijd lang zelfs staatssecretaris voor volksgezondheid. Op het congres hielden ze de verzamelde schoolartsen voor dat volgens de in 1946 door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) geformuleerde definitie van gezondheid meer was dan de 'mere absence' van ziekten en dat psychische en sociale aspecten van de gezondheid meer aandacht moesten krijgen. De schoolgezondheidszorg, zo voorspelde Muntendam in het kielzog van de WGO, zou zich veel nadrukkelijker moeten gaan richten op de sociale en de psychische aspecten van de gezondheid en ze zou zich daarbij niet langer moeten beperken tot de lagere schooljeugd maar ook oudere kinderen onder haar hoede moeten nemen. Vooral het eerste deel van het voorstel wekte veel weerstand op. Sommige artsen meenden dat ze zelf ruim voldoende geëquipeerd waren op psychologisch en sociaal terrein, anderen meenden dat te veel aandacht op dat terrein ten detrimente van het schoolkind zouden werken. Uitbreiding van de doelgroep werd op zich zelf wel zinvol geacht, maar gezien de zuinigheid der gemeenten praktisch onhaalbaar.

De disciplinaire kwesties tussen artsen, psychologen en pedagogen hebben zich nog vele jaren voortgesleept. Ze vormden een van de redenen waarom in de jaren zestig in de grotere steden Jongerenadviescentra werden opgericht die zich meer integraal, en met veel succes, met de problemen van jongeren bezig hielden en zich daarbij alles behalve beperkten tot de lagere schooljeugd.

Een tweede moeizame kwestie welke in de jaren zestig en zeventig voortsleepte, betrof de samenwerking met de kruisverenigingen. Vrijwel iedereen zag in dat de begeleiding door het consultatiebureau en de schoolartsendienst goed op elkaar moesten worden afgestemd. Dat dit niet gebeurde, had niet in de laatste plaats te maken met het feit dat de schoolartsen vrijwel zonder uitzondering in dienst van de overheid waren en dat de meesten deze ambtelijke status onder geen voorwaarde wilden verliezen. Dat risico was reëel aanwezig omdat met name confessionele politici vonden dat de schoolgezondheidszorg, net als de zorg voor zuigelingen en kleuters, in het maatschappelijk middenveld thuis hoorde en niet bij de overheid. De samenvoeging van consultatiebureaus en schoolartsendiensten onder de vleugels van het Groene Kruis in Limburg leverde dan ook grote beroering op in de wereld van de schoolartsen. Dat het Limburgse voorbeeld geen algemene navolging kreeg, had waarschijnlijk minder te maken met de kritische geluiden van zijde van de schoolartsen dan met het feit dat één enkele zuil alleen in het overwegend katholieke Limburg voldoende massa kon vormen. Moeilijk denkbaar was dat elders in den lande katholieke, protestantse, joodse en algemene schoolartsendiensten naast elkaar werden ingericht. Overigens bewees het Amsterdamse voorbeeld dat een bundeling van voorzieningen voor nul- tot negentienjarigen onder de vlag van de GGD ook prima functioneerde.

Gelukkig vallen uit deze jaren ook positieve berichten te melden. Een belangrijke vordering in ideologische zin was dat de Leidse hoogleraar kindergeneeskunde J.H. de Haas met succes een naamsverandering wist te bewerkstelligen: schoolgeneeskunde werd jeugdgezondheidszorg. Van groter praktisch belang was zonder twijfel dat de opleiding van de school/jeugdartsen langzaam maar zeker enige vorm leek te gaan krijgen. Nadat in de oorlog reeds twee maal een cursus voor schoolartsen was georganiseerd, begon De Haas in 1951 met een cursus 'Gezondheidszorg en preventieve geneeskunde'. De organisatie daarvan lag in handen van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde (TNO-NIPG) te Leiden. In 1962 ging de opleiding Sociale Geneeskunde, tak jeugdgezondheidszorg van start. Deze gaf recht op een erkenning als sociaal geneeskundige c.q. jeugdarts. Terzijde zij hier opgemerkt dat de CB-artsen het vanaf die tijd in het algemeen met een applicatiecursus van twee weken moesten doen. Inmiddels is een poging om de jeugdartsen vier jaar lang voltijds op te leiden mislukt en bestaat de enige mogelijkheid tot scholing in de jeugdgezondheidszorg uit een verbeterde applicatiecursus die georganiseerd wordt door TNO- Kwaliteit van Leven (TNO-KvL) - een opvolger van het NIPG.

Revolutie

De borrelende massa van halve en hele problemen en oplossingen kwam tot een kookpunt toen in 1973 het meest progressieve kabinet ooit aantrad. Andermaal verliepen de ontwikkelingen paradoxaal: het feit dat de premier, Joop den Uyl, van sociaal democratische huize was, deed vermoeden dat hij de zorg voor de gezondheid van het schoolkind als een taak van de overheid beschouwde. Sociaal -democraten waren in beginsel immers van mening dat niet het maatschappelijke middenveld, maar de overheid dergelijke publieke zorgtaken op zich moest nemen. Spijtig genoeg voor de schoolartsen dachten de premier en zijn staatssecretaris voor volksgezondheid, J. P. M. Hendriks, anders. Laatstgenoemde had geen hoge dunk van het schoolartsenwerk en meende dat dit onderdeel van de gezondheidszorg - voor zover het niet overbodig was - het beste kon worden geïncorporeerd door de eerste lijn, c.q. bij de huisarts en de wijkzuster kon worden ondergebracht. Ook de problemen rond de aansluiting op het consultatiebureau waren daarmee de wereld uit.

Het is vooral aan de daadkracht van het toenmalige bestuur van de (inmiddels tot Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) omgevormde) NVS te danken geweest dat de schoolgezondheidszorg niet als een zelfstandige voorziening van de kaart is geveegd. De schoolartsen wisten goede contacten op te bouwen met mevr. mr. E. Veder - Smit, het liberale kamerlid dat Hendriks in 1977 opvolgde. Aldus werd bewerkstelligd dat de school / jeugdgezondheidszorg werd opgenomen in de *Nota Basisgezondheidsdiensten* (1980). In dit stuk werd het oude thema van de districtsgezondheidsdiensten van minister Aalberse nog eens van stal gehaald. Uitgaande van de bestaande GGD-en zou Nederland bedekt moeten worden met een netwerk van basisgezondheidsdiensten en daarin zouden de deels nog zelfstandige districts- schoolartsendiensten moeten worden opgenomen. Het hier zeer summier geschetste plan slaagde dit keer. Het kreeg zijn beslag in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid die in 1990 werd aangenomen. Volgens deze wet was schoolgezondheidszorg een verplicht onderdeel van de taken die de gemeenten op het terrein van de openbare gezondheidszorg moeten vervullen (Kerkhoff, 2001; 2004).

Artsenorganisaties in de jeugdgezondheidszorg

In 1908 werd de Nederlandsche Vereeniging van Schoolartsen opgericht. In 1930 ging deze vereniging samen met de Nederlandsche Vereeniging voor Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging verder als Algemene Nederlandse vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG). In 1967 richtten de schoolartsen naar het voorbeeld van de bedrijfsartsen weer een eigen beroepsvereniging op, de Nederlandse vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. Deze vereniging waarvan ook de consultatiebureau - artsen lid konden zijn, bleef onder de koepel van de ANVSG opereren. Toen de ANVSG zich zelf in 1987 ophief om ruimte te maken voor de vereniging Volksgezondheid en Wetenschap ging de NVJG zelfstandig verder. De consultatiebureauartsen splitsten zich echter af en stichtten de Landelijke Federatie van Consultatiebureauartsen Verenigingen (LFC). Zij meenden dat een eigen vereniging hen beter kon helpen bij het verwerven van een in financieel en arbeidsrechtelijk opzicht gunstigere positie in de regionale kruisorganisaties die toen gevormd werden in het kader van de Structuurnota en de onderbrenging van het kruiswerk in de AWBZ. Gelukkig groeiden de verenigingen later toch weer naar elkaar toe en in 2003 voegden NVJG en LFC zich samen tot de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN).

De WCPV gaf een duidelijkere wettelijke basis aan de jeugdgezondheidszorg. Ze betekende ook een nieuw begin: evaluaties van de jeugdgezondheidszorg in de jaren 1996 tot 1999 door de beroepsgroep zelf en door de Geneeskundige Inspectie leidden tot een nadere beschrijving van het 'Basis Taken Pakket Jeugdgezondheidszorg' (BTP). Dergelijke taakomschrijvingen waren in het verleden al vaker door de school- en jeugdartsen vervaardigd, in zoverre was het BTP niet nieuw. Nieuw was wel dat het pakket dit keer door de Staatssecretaris voor volksgezondheid werd vastgelegd in 2001. Een jaar later werd de inhoud van het pakket ook verwerkt in de daarvoor aan te passen WCPV. Een zeer belangrijk besluit in dat kader was dat de financiering en de regie voor de hele jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen aan de gemeenten werd opgedragen. Deze ontwikkeling, die in gang was gezet door een motie van de Tweede Kamerleden Vriens en Van Otterloo in 1991, betekende organisatorisch en financieel een hele stap. De lezer zal zich herinneren dat de consultatiebureaus goeddeels door de kruisverenigingen werden behartigd en dat ze (sinds de jaren tachtig) dus gefinancierd werden via de AWBZ. De schoolartsendiensten waren inmiddels allemaal onderdeel geworden van een stedelijke of intergemeentelijke GGD. In feite waren zij zelfs de basis voor een sluitend netwerk van GGD-en geweest. De feitelijke uitvoering van het werk blijft in beginsel bij de twee genoemde organisaties, dus de thuiszorgverenigingen en de gezondheidsdiensten. Het BTP wordt thans in allerlei richtingen uitgewerkt. Daarbij wordt onder meer gezocht naar mogelijkheden tot taakherschikking.

Speelden artsen in het verleden een leidende rol in de schoolgezondheidszorg, steeds duidelijker wordt dat verpleegkundigen en doktersassistentes een eigen, meer zelfstandige taak kunnen uitvoeren en dat een dergelijke ontwikkeling de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de zorg kan bevorderen. Deze gang van zaken is overigens niet alleen het gevolg van de wijzigingen in de WCPV. Van groot belang is dat de verpleegkundigen in de loop der jaren een steviger positie hebben verworven (ook aan de onderhandelingstafel) via hun verenigingen, de Landelijke vereniging van Wijkverpleegkundigen (LWV) en de Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen bij GGD-en (LVSV-GGD). De doktersassistentes zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). Een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de positie van de verpleegkundigen volgde ook uit de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) die in 1993 werd aangenomen.

Ook de preventie van psychosociale problemen bij jeugdigen krijgt de nodige aandacht. In 1998 inventariseerden TNO Preventie en Gezondheid (TNO PG) en de Landelijke Vereniging van GGD 'en (LVGGD) de onderwerpen waarbij GGD 'en behoefte hebben aan ondersteuning. Hierbij kwam naar voren dat aan de preventie van psychosociale ondersteuning de hoogste prioriteit werd toegekend. Deze uitkomst heeft geleid tot een samenwerkingsproject van GGD Nederland en het Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). In de publicatie 'de Jeugd heeft de toekomst' worden de interventies die door de JGZ 4-19 jaar ondernomen worden besproken (Blokland, 2003).

Belangrijke jaartallen

1863 :	Eerste kinderkliniek geopend in Rotterdam
1883 :	Eerste kinderkolonie in Zandvoort
rond 1900 :	Eerste afdelingen voor zuigelingen in de ziekenhuizen
1901	Eerste consultatiebureau voor zuigelingen door de Haagse huisarts dr. B. P.B. Plantenga
1901	Centraal Genootschap voor kinderherstellingssoorten en vakantiekolonies opgericht
1901	Invoering leerplichtwet
1906	Centraal Genootschap voor kinderherstellingssoorten en vakantiekolonies sticht een eerste kinderkoloniehuis in Egmond aan Zee (Het Kerdijkhuis)
1908	Oprichting van de Nederlandsche Bond tot Bescherming van Zuigelingen
1908	Oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Schoolartsen (NVS)
1919	Oprichting Eerste Nederlandsche Vereeniging voor Kleuterzorg
1921	Aanstelling eerste districtskinderarts in Limburg bij het Limburgse Groene Kruis
1923	Oprichting van de Centrale Raad voor de Kinderuitzending
1934	Naamsverandering van de Nederlandsche Bond tot Bescherming van Zuigelingen in 'Nederlandse bond tot bescherming van zuigelingen en kleuters en voor de prenatale zorg ('de bond met de lange naam'), in 1949 weer van naam veranderd: Bond voor moederschapszorg en kinderhygiëne'
1952	Vaccinatie tegen difterie, kinkhoest en tetanus
1956	Vaccinatie tegen polio
1962	Opleiding sociale geneeskunde tak jeugdgezondheidszorg
1968	Invoering AWBZ
1980	Opname Kruiswerk in de AWBZ
1980	Nota Basisgezondheidsdiensten
1990	Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)
1993	Wet BIG
2001	Invoering basis takenpakket jeugdgezondheidszorg (BTP)

Enkele begrippen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Dagkolonie	ambulante voorziening om kinderen buiten te laten spelen
Kinderkolonie	residentiele voorziening om kinderen te laten aansterken
Industriële revolutie:	door wetenschappelijke ontdekkingen en technische vernieuwingen werd het mogelijk om mechanisch en op grote schaal producten en goederen te verwerken in fabrieken.

Verlichting: filosofische stroming uit de achttiende eeuw die de mens en de rede centraal stelde. Het begrip ‘maakbare samenleving’ kwam op in de Verlichting.

Geraadpleegde literatuur

Anon: Verslag van het Congres voor kleuterzorg gehouden te Amsterdam 24-25 mei 1929
Suppl Tschr soc Geneesk 7, 1929: 207-256

Anon. Over medische kinderruizen *Het hoefijzer* 62, 1979: 4-8

Baaij JH: *Sociale geneeskunde*. Groningen: Wolters 1963

Bergink AH: *Schoolhygiene in Nederland in de negentiende eeuw*. Veendam: Marko meubelen: 1965

Blokland G; Prinsen B; Kok C et al.: *De jeugd heeft de toekomst. Preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen, maatwerk bij de GGD*. NIZW/ GGD Nederland, Utrecht: 2003.

Brouwers- De Jong EA, Burgmeijer RJF, Laurent De Angulo MS (red):
Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. Handboek bij het vernieuwde van Wiechenonderzoek. Assen, Van Gorcum: 1996.

Bruna AJM: *Tijdschrift voor sociale geneeskunde* 1969

Fuchs, JM; Simons WJ: *Ter wille van het kind*. Vijfenzeventig jaar centraal Genootschap voor Kinderherstellingssoorten. 1901-1976. Strenght, 1977.

Heijermans L: *Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland*. Amsterdam: Ontwikkeling, 1929.

Kerkhoff AHM: *Honderd jaar gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten* Bussum: Coutinho 1994

Kerkhoff, AHM: *Nauwelijks een machtiger wapen*. Schoolgezondheidszorg als een collectieve voorziening (1795-1990) Amsterdam: AUP, 2004

Kerkhoff, AHM: *Raadsbesluiten als remedie*. Openbare gezondheidszorg in Zwolle en de regio IJssel-Vecht. Rotterdam: Erasmus 2001.

Kiestra L: Het effect van een vorm van kinderruizing, *Tijdschrift voor sociale geneeskunde* 47 (1969) 534-543.

Kipp MA: Bolderdijk AML: Kinderruizing, *Tschr. soc geneesk* 48 (1970) 58-62

Knapper Czn : N: *Een kwart eeuw zuigelingen zorg in Nederland*. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1935

Knecht - Van Eekelen, A. de , *Naar een rationele zuigelingenvoeding*. Voedingsleer en kindergeneeskunde in Nederland 180- 194. Nijmegen: Thieme, 1984

Lieburg M J van (red): *Een eeuw consultatiebureau in Nederland*. 1901-2001. Facetten van de medisch-preventieve zorg aan zuigelingen en peuters in verleden en heden. Erasmus publishing: Rotterdam, 2001.

Hartgerink MJ: Moederschapszorg en jeugdgezondheidszorg. In : Zonneveld, *Sociale geneeskunde* 355-389.

Santema S: *Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 1966

Schlesinger-Was EA: *Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau*. Leiden, Proefschrift, 1981.

Schuil PB e.a. (red): *Nederlands leerboek jeugdgezondheidszorg*. Deel A Organisatie , Deel B Inhoud. s.l. Koninklijke Van Gorcum 5e dr , 2002.

Swaak AJ: *Bouwstenen voor een sociale kinderhygiene*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1975

Swankhuisen, M e.a.: *Bleekneusjes: vakantiekolonies in Nederland*. 1883-1970. Bussum: THOTH 2003

Voorhoeve, HW: Zorg voor moeder en kind in ontwikkeling I en II, *Tschr soc Geneesk*. 44 (1966) 914- 917 en 935-957.

Zonneveld, RJ van (red): *Sociale geneeskunde*. Een algemene inleiding. Utrecht: Oosthoek, 1972 3e dr.