

‘Kweekplaatsen van gezondheid’

Vakantiekolonies en de medicalisering van het kinderwelzijn

NELLEKE BAKKER

Hygienic Re-Education: Health Colonies and the Medicalization of Child Welfare

In the Netherlands between c. 1880 and 1970, large numbers of working-class children were subjected to a penetrating kind of hygienic re-education in ‘health colonies’. The aim of the philanthropic societies that set up these colonies was twofold: to promote child health and to teach personal hygiene and proper behaviour. Compared to other Western countries, this Dutch version of the international hygienic campaign focusing on physically weak schoolchildren was characterized by groups staying in the health colonies for a short time, the absence of schooling and the major role played by physicians. Questioning the background of these particularities, this article discusses the rise, development and decline of the health colonies. Through subsidies and control, the Dutch State turns out to have played a major role in the process of medicalization of this originally pedagogical project.

29

BMGJN-LCHR | DEEL 126 - 4 | 29 - 53

Inleiding

In de roman *Moeder en zoon* verwijst de Nederlandse ‘volksschrijver’ Gerard Reve naar zijn verblijf als tienjarige in 1933 in een zogenoemde kindervakantiekolonie. De officiële aanduiding voor deze groepsgewijze zorg voor lichamelijk zwakke schoolkinderen uit arme gezinnen was toen al enige tijd ‘medische kinderuitzending’ naar ‘gezondheidskolonies’. Met vakantie had deze grootschalige filantropische onderneming niet veel meer te maken; de vaak kolossale instituten aan zee of in de bossen draaiden het hele jaar door. De kolonies beoogden de weerstand te versterken tegen veel voorkomende ziekten als tuberculose, bloedarmoede en bronchitis. De wat magere Amsterdamse volksjongen bracht op voorschrift van de schoolarts vijf weken door in Groot Dennenlust bij Voorthuizen. Op de eerste bezoekdag, veertien dagen na aankomst, had Gerard zich tijdens zijn moeders bezoek nog goed weten te houden, maar vijf minuten na haar vertrek was hij, ‘verteerd door heimwee’, haar nagerend tot de bushalte. Zijn moeder, ‘zelf even hard huilend als ik’, had hem netjes teruggebracht naar het koloniehuis.¹

Twee weken na deze gebeurtenis schreef Gerard zijn moeder een brief, die bewaard is gebleven. In de meeste kolonies schreven de uitgezonden kinderen wekelijks verplicht een brief met een positieve toon; brieven met klachten werden niet verzonden. Gerard schreef geruststellend: ‘Mijn verdriet is al over, hoor’. En de directrice had er onder gezet:

Uit Gerards brief kunt u opmaken dat hij zijn verdriet al gauw vergeten was. In de meeste gevallen is dit altijd zo en zijn de kinderen weer gewoon als alles afgelopen is.

De ‘verpleging’ van deze – slechts door hun bescheiden gewicht, geringe lengte of bleke gelaat opvallende – kinderen richtte zich in de vooroorlogse jaren primair op het bevorderen van de gezondheid door gewichtstoename. Ook de tienjarige Gerard was geheel in de ban van dit doel, zij het om een andere reden dan de koloniezuster die hem wekelijks woog. Hij schreef naar huis: ‘Ik ben bij elkaar alweer 5 pond en een ons aangekomen. [...] Krijg ik een schooltas als ik terugkom? Zo een als Karel heeft?’²

Een nevendoelstelling van de kinderuitzending vormde het bijbrengen van netheid in spreken, beschaafde tafelmanieren en hygiëne in de lichaamsverzorging, zoals het gebruik van een tandenborstel. Deze disciplinerende maatregelen kwamen onder meer tot uitdrukking in een strikte dagorde – met drie stevige maaltijden, melk drinken, gymnastiek, spel en rusten op vaste uren – en in de controle op de contacten tussen de kinderen en hun ouders. Bezoek werd tot een minimum beperkt: één, hooguit tweemaal gedurende het standaardverblijf van vijf of zes weken. Ook de geïsoleerde ligging in bos of duin moest ouders hebben afgeschrikt. En het enige toegestane contact, via de post, werd gecensureerd. De filantropen spanden zich in de korte, beschikbare tijd zeer in om tegenwicht te bieden tegen de ‘onbeschaafde’ leefwijze van de overwegend tot de stedelijke arbeidersklasse behorende ouders. Door tijdelijke institutionalisering en een strikt hygiënisch regime hoopten zij hun dubbel doel te bereiken: verhoging van de weerstand tegen ziekte én tegen het ‘slechte’ milieu.

Vergeleken met de eveneens preventief werkende schoolartsen (vanaf 1904) en de op geestelijke voorzorg gerichte Medisch-Opvoedkundige Bureaus (MOB’s, vanaf 1928), maar ook met de justitiële kinderbescherming (vanaf 1905), vormt de kinderuitzending een historisch nauwelijks ontgonnen

1 G.K. Reve, *Moeder en zoon* (Amsterdam, Brussel 1980) 211.

2 Geciteerd in: M. Swankhuisen, K. Schweizer en A. Stoel, *Bleekneusjes. Vakantiekolonies in Nederland 1883-1970* (Bussum 2003) 66-67.

terrein.³ Het weinige dat we erover weten komt voort uit een journalistiek project waarin een groot aantal (148) voormalige bleekneusjes is geïnterviewd over hun ervaringen, vooral in de jaren veertig en vijftig. Sommigen hebben hun verblijf in een van de 82 kolonies als een plezierige vakantie ervaren, anderen leden onder het strenge regime, de massaliteit, het vele en onsmakelijke voedsel of werden, zoals Gerard, door heimwee verscheurd.⁴

Gezondheidskolonies maken deel uit van een rijkgeschakeerd, internationaal en omstreeks 1900 snel groeiend netwerk van hygiënische voorzieningen die zich richtten op kwetsbare kinderen uit de arbeidersklasse, zoals sanatoria, zeehospita, preventoria, vakantiecampen, schoolkolonies en openluchtscholen. In dit hygiëneoffensief kwamen gezondheidszorg, welzijn en onderwijs samen en daarmee ook een veelvoud van professies. In elk van deze instituten was sprake van een koppeling van medische én pedagogische ambities.⁵ Engelse historici hebben, geïnspireerd door Michel Foucault, in de groei en differentiatie van dit op kinderen gerichte netwerk van voorzieningen een uitdrukking gezien van de verspreiding van een ‘somatische cultuur’ en van de groeiende disciplineringsmacht van de medische professie. Het welzijn van kinderen, met name uit de arbeidersklasse, raakte volgens hen in de jaren twintig in handen van artsen en werd daarmee gemedicaliseerd. Juist de preventieve geneeskunde vormde een krachtig argument voor uitbreiding van de rol van de overheid in de vorm van het aanstellen van schoolartsen en lokale inspecteurs van gezondheid, zo stelden zij.⁶ Foucault sprak in dit verband over ‘biopolitiek’ en de uitoefening van macht over het ‘sociale lichaam’.⁷ Vlaamse historisch-pedagogen kiezen ervoor het groeiend aanbod van hygiënische zorg voor het kind te bezien vanuit het perspectief van pedagogisering, doelend

3 F. de Beer, *Witte jassen in de school. De schoolarts in Nederland ca. 1895-1965* (Assen 2008);

N. Bakker, ‘Child Guidance and Mental Health in the Netherlands’, *Paedagogica Historica* 42 (2006) 769-792; I. van der Bij e.a., *Honderd jaar kinderbescherming* (Amsterdam 2006). Zie verder: N. Bakker, J. Noordman en M. Rietveld-van Wingerden, *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk: 1500-2000* (Assen 2006) 221-297, 377-413.

4 Swankhuisen e.a., *Bleekneusjes*.

5 Hygiënist traden omstreeks 1840 naar voren; kinderen raakten pas tegen het einde van de eeuw binnen hun blikveld. L. Nys, H. De Smaele en J. Tollebeek (eds.), *De zieke natie. Over de medicalisering van de samenleving*

1860-1914 (Groningen 2002); B. Vanobbergen, “‘Het gaat niet zozeer om het genezen, maar om het hervormen’”. Over de rol en betekenis van het zeehospitaal voor kinderen in het hygiëneoffensief aan het eind van de negentiende eeuw’, *Tijdschrift voor Geschiedenis* 122 (2009) 48-61.

6 Roger Cooter (ed.), *In the Name of the Child: Health and Welfare 1880-1940* (Londen 1992).

7 Foucault heeft de rol van de overheid in het stimuleren van de medicalisering met name uitgewerkt in: M. Foucault, ‘The Birth of Social Medicine’, in: J.D. Faubion (ed.), *Power* (New York 1994) 134-156; M. Foucault, *The Birth of Biopolitics*, M. Senellart (ed.) (Basingstoke 2008).

op de disciplineringsmacht van het groeiende en steeds meer gedifferentieerde leger van professionals.⁸

Afgaande op het beschikbare onderzoek naar preventieve voorzieningen voor lichamelijk zwakke of ‘pretuberculeuze’ kinderen in andere westerse landen lijkt de Nederlandse aanpak van het hygiëneoffensief zich in meerdere opzichten te onderscheiden. In Frankrijk, Italië, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten koos men in hoofdzaak voor openluchtscholen met een internaat (preventorium) of verbonden aan een sanatorium of zeehospitium, vaak op initiatief van een stadsbestuur.⁹ Dergelijke instellingen zijn in Nederland slechts mondjesmaat tot stand gekomen. Openluchtscholen waren hier vrijwel altijd dagscholen voor kinderen uit de directe omgeving.¹⁰ Voorts zijn Franse scholen ’s zomers op grote schaal klassen met armoedige stadskinderen naar het platteland blijven uitzenden, de *colonies scolaires* of *colonies de vacances*¹¹, terwijl Nederlandse kinderen buiten schoolverband en ook in de winter werden ‘verpleegd’. In België financierden particuliere verenigingen en steden een verblijf van enkele maanden in kolonies waar ook enig onderwijs werd gegeven. Hieruit groeide soms een openluchtschoolinternaat. Tegelijk stuurden de vakbonden er met subsidie van de overheid grote aantallen kinderen ’s zomers op kamp.¹² In veel landen kende men naast een gevarieerd residentieel aanbod ook gezinsverpleging op het platteland, alwaar kinderen de dorpschool bezochten.

Ofschoon een comparatieve studie van deze sociaalhygiënische zorg voor schoolkinderen nog uitgevoerd moet worden¹³, lijken de korte duur

8 M. Depaep, F. Simon en G. Thyssen, ‘Vernieuwing in de franjes. Openluchtscholen en de traditie van pedagogisering’, in: M. Depaep, F. Simon en A. Van Gorp (eds.), *Paradoxen van pedagogisering* (Leuven, Voorburg 2005) 425-439.

9 A.-M. Châtelet, D. Lerch, D. en J.-N. Luc, *L'école de plein air: Une expérience pédagogique et architecturale dans l'Europe du XXe siècle. Open-Air school: An Educational and Architectural Venture in Twentieth-Century Europe* (S.l. 2003); G. Thyssen, *Between Utopia and Dystopia: Studies of Open-Air Schools in Belgium, France, Germany and Italy* (c. 1904-1979) (Leuven 2009); C.A. Connolly, *Saving Sickly Children: The Tuberculosis Preventorium in American Life, 1909-1970* (Newark 2008).

10 D. Broekhuizen, *Openluchtscholen in Nederland. Architectuur, onderwijs en gezondheidszorg 1905-2005* (Rotterdam 2005) 13-27. In Nederland kwamen slechts vijf buitenscholen tot stand die waren verbonden aan een herstellingsoord voor zieke kinderen (2) of aan een sanatorium (2) of zeehospitium (1) voor tuberculeuze kinderen.

11 L.L. Downs, *Childhood in the Promised Land: Working-Class Movements and the Colonies de Vacances in France, 1880-1960* (Durham, Londen 2002).

12 M. Vermandere, *We zijn goed aangekomen! Vakantiekolonies aan de Belgische kust (1887-1980)* (Brussel, Gent 2010).

13 Een eerste aanzet in: V. Balducci en S. Bica (eds.), *Architecture and Society of the Holiday Homes: History and perspectives* (Timisoara 2008).

en de groepsgewijze opname in een ‘gezondheidskolonie’, het daar geheel ontbreken van onderwijs, de loskoppeling van de uitzending van de school, het homogene aanbod en de dominante rol van enerzijds artsen en anderzijds particuliere weldoeners uit de burgerij kenmerkend voor de Nederlandse aanpak.¹⁴ In dit artikel ga ik op zoek naar de achtergrond van de Nederlandse invulling van het kinderhygiëneoffensief. Ik richt mij op de motieven en verwachtingen van de professionals die betrokken waren bij de uitzending, zoals te vinden in onder meer sociaalhygiënische vakbladen.¹⁵ Welk nut dichtten zij de uitzending naar een koloniehuis toe? Via de verslagen van de in 1920 tot stand gekomen Inspectie voor de Hygiëne van het Kind¹⁶ ga ik bovendien na waarin de betrokkenheid van de overheid bestond en welke rol zij heeft gespeeld in de ontwikkeling van deze zorg. Was die ook in ons land bepalend? Op die manier hoop ik, afgaande op de obsessie met gewichtstoename, te kunnen achterhalen waarom de Nederlandse kinderuitzending zo sterk is gemedicaliseerd, afgezet tegen de schoolse aanpak in andere landen. We volgen de ontwikkeling van de kinderuitzending tot de jaren zestig. Globaal zijn daarin drie perioden te onderscheiden. Die worden begrensd door de beide wereldoorlogen: de pioniersfase van de vakantiecampen, de fase van groei en standaardisering en de periode van kritiek en een mislukte hervorming, die een relatief vroege neergang inluidde.¹⁷

Op kamp met onderwijzer(es)s(en)

De eerste vakantiecampen voor armoedige schoolkinderen uit de grote stad dateren uit 1883. Bezorgdheid over hun gezondheid, idealisme van onderwijzers en voorbeelden uit het buitenland vormden de inspiratiebron. In het voorgaande jaar had Samuel Sr. Coronel, inspirator van veel sociaalhygiënische projecten, een tweetal artikelen gepubliceerd in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* over herstellingsoorden voor verzwakte of zieke kinderen uit arme gezinnen. Hij vond het belangrijk dat er, zoals

14 Alleen in Nieuw Zeeland bestond een aanpak die sterk leek op de Nederlandse: M. Tennant, ‘Children’s Health Camps in New Zealand: The Making of a Movement, 1919-1940’, *Social History of Medicine* 9 (1996) 69-87.

15 *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* (verder TvSH) 1905-1933, *Pais* 1917-1919, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* (verder TvSG) 1923-1968, *Sociaal-Medisch Maandschrift* (verder SMM) 1921-1922 en *Het Hoefijzer. Maandelijksch Correspondentieblad*.

Orgaan van het Centraal Genootschap voor Kinderherstellings- en Vacantiekolonies (verder HH) 1917-1959 (zeer onvolledig).

16 *Verslagen en Medede(e)lingen betreffende de Volksgezondheid* (verder VMbV) 1921-1969.

17 Zomerkampen voor stadskinderen bestaan nog in diverse landen: Balducci en Bica, *Architecture*. De Belgische kolonies zijn tot 1980 doorgegaan: Vermandere, *We zijn goed aangekomen!*



Affiche van het Centraal Genootschap voor
Kinderherstellings- en Vacantiekolonies, bijlage bij
Het Hoefijzer, 5 november 1923.

Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis,
Amsterdam.

in Zwitserland en Duitsland, aparte klinieken voor deze kinderen zouden komen. In eigen land bestonden slechts twee van dergelijke instellingen en dat was veel te weinig. De klinieken zouden kunnen dienen als basis voor het ontwikkelen van ‘de elders zooveel opgang makende school-kinderkoloniën’ die scholieren voor een paar weken ‘een veilig en gezond toevluchtsoord’ konden bieden, ver weg van de stad. Hij riep zijn ‘meervermogende landgenooten’ op dit mogelijk te maken. Ook Nederlandse kinderen uit de ‘min- en onvermogende klassen’ hadden volgens Coronel behoefte aan zulke ‘kweekplaatsen van gezondheid’.¹⁸

Twee weldoeners figureren in de verhalen over de eerste vakantie-kolonies. De een was een rijke Haarlemse weduwe die in de zomer van 1883 aan een groep onderwijzers een huisje in Zandvoort beschikbaar stelde. Over haar is weinig bekend. Op hetzelfde moment had oud-schoolopziener mr. A. Kerdijk, directeur van de Rijkspostspaarbank en secretaris van de Maatschappij tot Nut van ’t Algemeen, met hulp van vrouw en dochter zoveel geld ingezameld dat hij een groep van twintig Amsterdamse kinderen, in leeftijd variërend van acht tot twaalf jaar, drie weken in een goedkoop hotel in de bossen bij Zeist kon onderbrengen. Mevrouw Kerdijk zelf gaf samen met een kindermeisje leiding aan de onderneming. In het volgende jaar kwam de Amsterdamsche Vereeniging voor Gezondheids- en Vakantiekolonies tot stand; zij nam de verantwoordelijkheid voor het organiseren van de kampen op zich. Toen konden 179 kinderen verdeeld over acht groepen voor drie weken naar het hotel of naar een tweede locatie in Wijk aan Zee. Het Amsterdamse voorbeeld vond direct navolging. Zo kwam in 1901 op initiatief van het Nut, het Nederlandsch Onderwijzers Genootschap en de Bond van Nederlandsche Onderwijzers het coördinerende Centraal Genootschap voor Kinderherstellings- en Vacantiekolonies tot stand, waarvan Kerdijk tot zijn dood in 1905 penningmeester is geweest. In dat jaar zonden, naast het Genootschap zelf, niet minder dan 57 lokale verenigingen kinderen naar buiten.¹⁹ Er waren op dat moment 583 bedden beschikbaar in huizen aan zee en 276 in huizen in het bos.²⁰ Dat vond men lang niet genoeg. Algemeen bestond de overtuiging dat Nederland in dit opzicht ‘beschamend’ achterbleef bij de buurlanden.²¹

Gezondheidskolonies waren inderdaad ook in het buitenland populair, zowel bij de burgers-filantropen als bij de arbeiders-ouders. Ze pasten in het hygiëneoffensief en bij het heersende pedagogisch optimisme.²² Maar

18 Samuel Sr. Coronel, ‘Herstellingsoorden voor verzwakte minvermogende kinderen in het buitenland’, *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 18 (1882) 564.

19 J.M. Fuchs en W.J. Simons, *Ter wille van het kind. Vijfenzeventig jaar Centraal Genootschap voor Kinderherstellingsoorden 1901-1976* (Naarden 1977)

17-21, 34.

20 J.C.Th. Bast, *Iets over herstellingsoorden voor kinderen: populaire vergelijkende schets* (Rotterdam 1905) 61-71.

21 H. van der Meij, *Gezondheids- en vacantiëkoloniën in Nederland* (Zwolle 1908) 79; A.C. Bos, *Gezondheids-kolonies* (Egmond 1899).

22 Bakker e.a., *Vijf eeuwen*, 218.

er klinkt nog een andere bron van inspiratie door in de vroege vormen van kinderuitzending. Dat was de romantische idealisering van het platteland als tegenwicht tegenover de stad, de afvoerput van al wat in zedelijk opzicht ‘onrein’ heette. In de geschriften van de onderwijzers-protagonisten van de kinderuitzending herkennen we zowel zorg om het kind in gevaar als een groot geloof in de heilzame invloed van een verblijf in de natuur.

De eerste verslagen van de Nederlandse vakantiekolonies vormden aanleiding om het werk uit te breiden. Onderwijzers rapporteerden gunstige effecten op de uitgezonden kinderen: minder verzuim wegens ziekte, een betere concentratie op school, een gezondere gelaatskleur en bovenal meer opgewektheid en levenslust. Ouders zagen hun kinderen graag uitgezonden worden, niet alleen om de nagenoeg gratis vakantie, maar ook vanwege de toegenomen netheid, althans volgens een van de filantropische verenigingen. Huisartsen antwoordden desgevraagd in een enquête van de Bond van Nederlandsche Onderwijzers dat ze uitzending naar ‘een gezonde streek’ voor veel kinderen noodzakelijk achtten. Artsen uit omliggende landen presenteerden op internationale congressen goede resultaten van vakantiekampen, waaraan de Nederlandse onderwijzers-filantropen graag refereerden. Uit de Zwitserse bergen en Duitse heuvels rapporteerden artsen en onderwijzers bijvoorbeeld een betere eetlust en slaap, toegenomen gewicht en spierkracht, een wijdere borstomvang en een betere kwaliteit van het bloed.²³

Om de donateurs tevreden te stellen en te houden, rapporteerden de filantropische verenigingen uitgebreid over de resultaten van het werk. Aanvankelijk beperkte men zich hierbij tot de reacties van onderwijzers. Maar de antwoorden waren steeds dezelfde: de lichamelijke en geestelijke conditie, evenals de leerprestaties, van de uitgezonden kinderen waren verbeterd. Men had behoefte aan meer aansprekende feiten. Daarom begonnen de filantropen de resultaten in exacte termen te registreren. Zodra de kinderen waren geselecteerd – na voordracht door een onderwijzer(es), onderzoek door een medicus en huisbezoek door een lid van het damescomité – noteerde het laatste van ieder kind lengte en gewicht. Na terugkeer uit de kolonie werd deze procedure nog twee- of driemaal herhaald. Daarom weten we dat Amsterdamse kinderen, die in 1906 drie weken in Zandvoort hadden doorgebracht, bij terugkomst gemiddeld 1,2 kilo waren aangekomen en 1,6 centimeter waren gegroeid en na drie maanden gemiddeld 1,6 kilo extra hadden vergaard, terwijl Groningse kinderen, die in 1908 vier weken op Schiermonnikoog hadden verbleven, gemiddeld 1,6 kilo waren aangekomen. Dankzij een landelijk onderzoek was er ook een kampioen. In het Arnhemse

23 Bos, *Gezondheids-kolonies*, 82-106; Van der Meij, *Gezondheids- en vakantiekoloniën*, 64-74; D. Vunderink, ‘Iets over Vacantie-koloniën’, *Vaktijdschrift voor Onderwijzers* 8 (1905) 160-162.

koloniehuis Sonsbeek was een jongen in zes en een halve week meer dan zeven kilo in gewicht toegenomen.²⁴

Deze cijfers moesten het publiek overtuigen van het belang van dit werk en overreden om meer geld te doneren of met meer ijver zilverpapier en theelood in te zamelen. Maar schoolkinderen groeien vanzelf als je ze goed voedt. In de kolonies deed men daar een schepje bovenop. De kinderen kregen er grote hoeveelheden stevig voedsel voorgezet, zoals pap, boterhammen en stampot. Afgezien van de verbeterde fysieke conditie, noemden onderwijzers en filantropen talloze andere gewenste effecten: een levendiger geest, verbeterde orde, netheid en reinheid, toegenomen beleefdheid en hulpvaardigheid en vooral meer opgewektheid. De liefde en het goede voorbeeld van de leiding heetten in de verslagen heilzaam ‘als warme zonnestralen’. Kindergeluk vormde in de ogen van de pioniers een onschatbare verdienste van de kolonies, ‘zonder hetwelk geen gezondheid of deugd bestaanbaar is’.²⁵

Dames speelden een centrale rol in het uitvoerende werk van de lokale filantropische verenigingen, die altijd de ruggengraat van de kinderuitzending zijn gebleven. Steunend op de stedelijke burgerij exploiteerde men een eigen koloniehuis aan zee of in de bossen of deelde in de beschikbare bedden in huizen van het Centraal Genootschap. Afgezien van de notabelen in het bestuur, verzetten de dames alle werk. Een damescomité inde de contributies, collecteerde onder de gegoeden, organiseerde een verloting of muziekavond, zamelde kleding en schoenen in en controleerde de koffertjes van de geselecteerde kinderen op de vereiste verschoningen en het gewenste schoeisel. Wat ontbrak vulden zij uit eigen voorraad aan; dat werd voor de duur van het verblijf uitgeleend. Zij verrichtten ook de huisbezoeken aan de door onderwijzers geselecteerde kinderen en oefenden druk uit op de ouders om hun kinderen toch vooral schoon, dus in ieder geval luizenvrij, af te leveren. De dames organiseerden bovendien de heen- en terugreis van groepen kinderen onder leiding van vrijwilligsters. Daarmee bood de kinderuitzending een uitdaging voor onbenut talent onder meer gegoede vrouwen in een tijd waarin al veel maatschappelijk werk vroeg om een diploma en arbeid buitenshuis voor gehuwden taboe was. In de kolonies gaven onderwijzersechtparen leiding aan helpsters en huishoudsters. Maar steeds vaker boden vrouwen met een opleiding als onderwijzeres of maatschappelijk werkster zich aan als directrice voor een heel zomerseizoen, van april tot en met september. Slechts de koloniarts, meestal de dorpsdokter, was een man en die kwam aanvankelijk alleen op bezoek wanneer daar aanleiding voor was.²⁶

24 Van der Meij, *Gezondheids- en vacantiokoloniën*, 64-70.

25 Bos, *Gezondheids-kolonies*, 105; G. Scheltema, *Gezondheidskoloniën voor kinderen* (Doetinchem 1907).

26 Van der Meij, *Gezondheids- en Vacantiokoloniën*, 24-33.

Winterverpleging en de groeiende inbreng van medische experts

Herfst 1916 bracht het Centraal Genootschap voor het eerst Belgische en Duitse kinderen onder in enkele van zijn koloniehuisen. Dat gebeurde na het vertrek van de laatste groepen Nederlandse kinderen en op kosten van de comités van geëvacueerden. In april 1917 moesten de kinderen uit de oorlogvoerende landen weer plaats maken voor Nederlandse kinderen.²⁷ Zo ging het ook in het volgende jaar. Doordat deze huizen nu het hele jaar door operationeel waren, vatten de filantropen na de oorlog het idee op om ook de Nederlandse bleekneusjes niet alleen in het zomerseizoen uit te zenden. De stap naar 'winterverpleging' werd vergemakkelijkt doordat het Genootschap er al mee had geëxperimenteerd in een apart herstellingsoord in Nunspeet voor kinderen voor wie een langer verblijf gerechtvaardigd leek. Een koloniehuis dat het hele jaar door kinderen ontving, was goedkoper in de exploitatie en het was makkelijker om geschikt personeel te vinden.²⁸

De sterk toegenomen kindersterfte tijdens de laatste jaren van de Eerste Wereldoorlog veroorzaakte een scherpe breuk in een voortgaande trendmatige daling.²⁹ Deze plotselinge stijging vormde de aanleiding voor de oprichting van de Inspectie voor de Hygiëne van het Kind, die naast de kinderuitzending ook toezag op het werk van schoolartsen, consultatiebureaus, kinderdagverblijven en kraamzorg. Zij toonde zich vanaf het begin een groot voorstandster van de kinderuitzending. Hierdoor kon zij de motor worden achter een groeiende medische betrokkenheid. Op voorstel van de eerste Nederlandse hoogleraar in de kindergeneeskunde, G. Scheltema, had het Centraal Genootschap in 1918 al een geneeskundig inspecteur aangesteld. Deze stond garant voor een medisch verantwoorde werkwijze. Dat toezicht telde zwaar bij de toekenning in 1921 van de eerste rijkssubsidie, bedoeld om de winterverpleging verder te ontwikkelen. Die maakte de aanstelling van een vaste staf nodig. Omstreeks 1920 verdwenen daarom de onderwijzer(es)s(en) die als vrijwilligers de zomerkampen hadden geleid. Hoe groter het huis, des te groter de behoefte aan een professionele staf. Het grootste koloniehuis had toen al een capaciteit van een kleine 200 bedden.³⁰ Deze ontwikkelingen sterkten de Inspectie in haar overtuiging dat de uitzendende verenigingen het geld van burgers en overheid goed besteedden.³¹ Daardoor werd de rijkssubsidie, naast die van gemeenten en provincies, als vanzelf structureel.

27 'De verpleging van Belgische en Duitse kinderen en Nederlandsche kinderen uit Duitsland in de koloniehuisen van het Genootschap', *HH* (15 mei 1917).

28 'Winterverpleging te Nunspeet', *HH* (15 augustus 1917).

29 J.H. de Haas, *Kindersterfte in Nederland* (Assen 1956) 25.

30 L.J. Sieburgh, 'Vacantiekolonies', *SMM* 2 (1922) 18.

31 G. Oosterbaan, 'Verslag van den Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid [...] over het jaar 1922', *VMbV* (1923) 761-801.

De filantropen voorzagen de winterverpleging intussen van passende argumenten. Om rendabel te kunnen werken moesten de bedden ook worden beslapen in maanden van ijs, sneeuw en storm, zoals dat in tehuizen in aangrenzende landen het geval was.³² Juist dan viel er dubbele gezondheidswinst te behalen: de kinderen waren even weg uit hun donkere, benauwde, vochtige of oververhitte woning om te genieten van frisse lucht en zon, juist in de maanden waarin die schaars waren, betoogden medische deskundigen.³³ Vooral de preventie van klinisch actieve tuberculose, het grootste gezondheidsrisico voor schoolkinderen, zou ermee gediend zijn.³⁴ Na 1920 groeide de standaard verblijfsduur van groepen kinderen in de huizen van het Genootschap van vier naar vijf weken. Vermoedelijk heeft de financiering door het Rijk per verpleegdag daartoe mede geïnspireerd. Het aantal uitzendingen steeg intussen snel (zie tabel 1).

Tabel 1 Aantallen met rijkssubsidie uitgezonden kinderen³⁵

Jaar	naar koloniehuzen	naar gezinnen
1924	12.709	
1927	19.127	
1931	19.276	2.924
1935	21.459	1.683
1939	27.446	
1949	28.412	
1954	31.280	819
1958	26.280	414

Bron: VMbV (1931), (1937), (1952), (1957), (1959).

- 32 ‘De koloniën voor zwakke kinderen en staatstusschenkomst in België’, *HH* (15 december 1921); ‘Keulsche tehuizen’, *ibidem*.
- 33 A.C.B., ‘Winterverpleging’, *HH* (15 december 1921); L. Heijermans, ‘Winterverpleging’, *HH* (15 februari 1922).
- 34 Sieburgh, ‘Vacantiekolonies’, 19.

- 35 R.N.M. Eijkel, ‘Verslag over het jaar 1930 van de Inspectie voor de Hygiëne van het kind, de tuberculosebestrijding en de bestrijding van geslachtsziekten’, *VMbV* (1931) 1031; Idem, ‘Verslag over het jaar 1935 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid’, *VMbV* (1937) 608; ‘Verslag over de jaren 1948 en 1949 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid’, *VMbV* (1952) 196; C. Banning, ‘Verslag over 1954 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid’, *VMbV* (1957) 652; Idem, ‘Verslag over 1958 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid’, *VMbV* (1959) 1784.



▲
De maaltijd in koloniehuis Bethanië Zeist, 1932.
Protestants-Christelijke Kinderuitzending (PCK),
Maarsbergen.

Ter voorkoming van lege bedden in de wintermaanden wierven de verenigingen nu ook kinderen die niet uit stedelijke achterbuurten kwamen. Het gevolg was dat zelfs op het platteland afdelingen van het Genootschap tot stand kwamen, zoals bijvoorbeeld in De Bilt.³⁶ Alle kinderen hadden baat bij goede voeding, het aanleren van hygiënische gewoonten en een regime van orde en regelmaat, legden de filantropen uit. De weldaad van ‘blijvende verbetering door een tijdelijk verblijf’ mocht plattelandskinderen niet worden onthouden. Het was een kwestie van selectie voor wie de gezondheidswinst de grootste kon zijn.³⁷

Met de winterverpleging drong de verbetering van de gezondheid de pedagogische redenen voor uitzending, zoals opvoeding tot netheid, naar de achtergrond. Daarmee groeide de behoefte aan medische expertise. Veel verenigingen lieten een arts uit eigen kring de kinderen vóór de uitzending onderzoeken op besmettelijke ziekten, de voornaamste contra-indicatie afgezien van lichamelijke en verstandelijke beperkingen. Omstreeks 1920 hadden alle grote steden een of meer gemeentelijke schoolartsen in dienst.³⁸ Daarom werden zij in de vroege jaren twintig, toen het aantal uitzendingen snel groeide, dé selectieautoriteiten. Waar geen schoolarts beschikbaar was, verrichtte een huisarts de keuring.

Nadat de tuberculose-sterfte van schoolkinderen tijdens de laatste jaren van de Eerste Wereldoorlog sterk was toegenomen, ontdekten kinderartsen en een staatscommissie het belang van een verblijf in een gezondheidskolonie voor het versterken van de weerstand van met de tuberkelbacil besmette, maar niet zieke kinderen. Een verslechtering van hun conditie kon de ziekte activeren en daarmee hun leven en dat van hun klasgenoten in gevaar brengen.³⁹ Tuberculose was in 1920 de voornaamste doodsoorzaak onder jeugdigen, verantwoordelijk voor 31 procent van de sterfte van kinderen van vijf tot en met veertien jaar en 51 procent van die van jeugdigen van vijftien tot negentien jaar.⁴⁰ Het ging bovendien om een armeluisziekte, aangezien gebrekkige voeding en hygiëne de weerstand verminderden. Goede hygiëne en goede voeding konden daarentegen het klinisch actief worden van de ziekte voorkomen. Een teruglopend absoluut aantal sterfgevallen en hoopgevend resultaten van rustkuren in sanatoria ontketenden in de jaren twintig een waar offensief tegen de tuberculose. Hygiënische propaganda door middel van pamfletten, posters en films, speciaal gericht op de lagere klasse,

36 ‘Nieuwe afdeling De Bilt opgericht’, *HH* (15 april 1922).

37 ‘Het Centraal Genootschap en zijn afdelingen’, *HH* (15 maart 1921); G. van Wayenburg, ‘Uitzending van kinderen naar buiten’, *TvSG* 1 (1923) 139-141; Sieburgh, ‘Vacantiekolonies’, 19.

38 De Beer, *Witte jassen*, 69.

39 N. Bakker, ‘Fresh Air and Good Food: Children and the Anti-Tuberculosis Campaign in the Netherlands, c. 1900-1940’, *History of Education* 39 (2010) 343-361.

40 De Haas, *Kindersterfte*, 74.

verspreidde de boodschap van de gevaren van spugen, hoesten en kussen. Het aantal kuuroorden voor patiënten groeide snel en er kwamen nu ook aparte kindersanatoria.⁴¹ De school kreeg een rol in de preventie. Steeds meer schoolartsen voerden ter controle een Von Pirquet-krastest uit bij kinderen die zwaar hoestten of bleek zagen. Een positieve reactie betekende echter niet dat een kind ziek was en anderen kon besmetten. In die gevallen sprak men van ‘pretuberculeus’. Maar dat label werd ook gebruikt voor kinderen met een tuberculoselijder in de naaste omgeving en dat hadden veel volkskinderen in die tijd.⁴² Gezondheidskolonies werden hét instrument van de schoolarts ter bescherming van deze en andere risicokinderen.

Medicalisering van de kinderruitzending is in het bijzonder gestimuleerd door de bemoeienis van de Inspectie voor de Hygiëne van het Kind, een onderdeel van die voor de Volksgezondheid. De hoofdinspecteur die in 1924 aantrad, R. N.M. Eijkel, had al snel kritiek op de gang van zaken bij de selectie voor de kolonies. Kinderen bij wie de meeste gezondheidswinst was te behalen, vielen er volgens hem vaak buiten. Alleen artsen konden de medische noodzaak beoordelen. Ook kwam de rijkssubsidie lang niet altijd terecht bij de huizen die het best waren ingericht of werden geëxploiteerd. Hij zond daarom twee hoogleraren kindergeneeskunde, E. Gorter en G. Scheltema, op onderzoek uit. Dezen brachten tal van fouten en gebreken aan het licht: van de inrichting (de bedden stonden vaak te dicht op elkaar) en uitvoering tot, en dat vooral, de selectie. Kern van hun bevindingen was dat de kwaliteit van de zorg tekort schoot.

De selectie van de kinderen faalde volgens hun rapport om diverse redenen. Kolonieartsen beschikten veelal over te weinig informatie over de medische geschiedenis van een uitgezonden kind. Soms was er te weinig medisch vooronderzoek gedaan, soms was dat niet goed uitgevoerd. De hoogleraren hadden kinderen in de kolonies aangetroffen die te ziek waren, onder wie patiënten met open en dus besmettelijke longtuberculose. Soms leden koloniekinderen aan chronische aandoeningen zoals spierdystrofie of hartfalen. In veel gevallen echter ging het om kinderen die te gezond waren, aangezien men geen waarneembaar fysiek probleem had kunnen vinden.⁴³ Deze kinderen waren uitgezonden op basis van de meest gebruikte indicatie, ‘zwakte’. Na het verschijnen van het visitatierapport werden voor die gevallen meer serieus klinkende labels gebruikt, zoals ‘debilitas’ (Latijn voor

41 E. Hueting en A. Dessing, *Tuberculose. Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland* (Zutphen 1993).

42 De Beer, *Witte jassen*, 183-191.

43 R.N.M. Eijkel, ‘Jaarverslag van de Inspectie voor de kinderhygiëne en de tuberculosebestrijding over het jaar 1924’, *VMbV* (1925) 1152-1165; Idem, ‘Verslag over het jaar 1925’, *VMbV* (1926) 1425-1454; R.N.M. Eijkel e.a., ‘Rapport uitgebracht aan de Commissie voor de Kinderuitzending uit den Gezondheidsraad [...]’, *VMbV* (1926) 399-432.

zwakte), ‘asthenie’ (Grieks voor zwakte) of ‘pretuberculose’, een vocabulaire dat steun gaf aan de constructie van een grotere kloof tussen respectievelijk de gesubsidieerde gezondheidskolonies en gewone vakantiecampen van vakbonden of kerken én tussen gezondheidskolonies en een kinderziekenhuis of sanatorium. Differentiatie was essentieel, benadrukten de experts. ‘Zwakte’ en haar equivalenten lijken bewust geconstrueerd als een diagnostische categorie tussen gezond en ziek in, ter rechtvaardiging van het bestaande preventieve aanbod.

Strengere regels en hogere kwaliteitseisen

In het verlengde van het rapport van Gorter en Scheltema vaardigde de Inspectie strengere regels en richtlijnen uit ter verhoging van de kwaliteit van de zorg in de kolonies. Met ingang van 1929 mocht één leidster nog maar vijftien kinderen onder haar hoede hebben en dienden huizen die zestig of meer kinderen huisvestten ten minste één gediplomeerde verpleegster in dienst te nemen. Die huizen moesten bovendien dagelijks worden bezocht door een koloniearts. Collectieve slaapruidten mochten niet meer dan 24 bedden tellen en de afstand tussen de bedden moest minstens 75 centimeter zijn et cetera. De kinderen moesten ten minste vijf weken in de kolonie blijven en ze dienden voorafgaand aan de selectie ten minste twee keer medisch te zijn onderzocht, met inbegrip van controle op besmettelijke ziekten en ernstige gebreken zoals doofheid of achterlijkheid.

Geaccepteerde redenen voor selectie bracht de Inspectie terug tot drie: 1) preventie van tuberculose in geval van een familielid of iemand anders uit de naaste omgeving die aan de ziekte leed of was overleden, 2) om aan te sterken na een ziekte, operatie of een periode van slechte voeding of verzorging en 3) ter vermeerdering van de weerstand bij kinderen met lichamelijke afwijkingen zoals telkens terugkerende ontstekingen van huid of slijmvliezen, een onvoldoende voedingstoestand, ‘algemeene zwakte, zich uitende in klachten als spoedige vermoeidheid en slechte eetlust’, bloedarmoede of ‘nervositas’.⁴⁴ Deze medische indicaties zouden tot het einde van het bestaan van de kolonies worden gebruikt, al kwam de ‘onvoldoende voedingstoestand’ in 1936 te vervallen.⁴⁵ Dat laatste gebeurde vermoedelijk omdat onderzoek door de GG&GD’s in Amsterdam en Utrecht had aangetoond dat de voedingstoestand van kinderen in arme buurten met veel werklozen weliswaar slechter was dan die van kinderen in rijke buurten, maar nog altijd aanzienlijk beter dan die van dezelfde groepen in 1916 en 1920. Ook het ontbreken van een absoluut

44 Eijkel e.a., ‘Rapport’, 404-421.

45 C.L.D., ‘Uitzending van kinderen’, TvSG 14 (1936)



▲
Wekelijks wegen, in vermoedelijk Het Rivierhuis,
De Steeg, omstreeks 1955.
Particuliere collectie Wünger.

criterium voor ‘(on)voldoende’ werd hiermee opnieuw in het licht gesteld.⁴⁶ Besmettelijke ziekten, maar ook aandoeningen die last gaven zoals bedwateren of achterlijkheid, bleven contra-indicaties.

Ondanks de strengere richtlijnen voor de selectie bleef het aantal uitzendingen groeien; in 1932 werden meer dan twintigduizend kinderen in de leeftijd van zes tot veertien jaar naar een gezondheidskolonie gezonden, wat neerkwam op 1,7 procent van alle schoolkinderen.⁴⁷ In weerwil van de toegenomen nadruk op het bestrijden van tuberculose en op selectie op medische gronden, bleven de meeste kinderen uitgezonden worden op grond van de vage diagnoses lichamelijke ‘zwakte’ (50 procent) en geestelijke zwakte of ‘nervositas’ (10 procent), terwijl weinig kinderen afkomstig waren uit tuberculeuze gezinnen (5 procent) en vrijwel niemand hoefde te herstellen van een ziekte of operatie (2 procent). Deze percentages hebben betrekking op alle kinderen die in 1931 werden uitgezonden.⁴⁸ Een nationaal onderzoek naar kolonieverpleging in 1938 noteerde een nog hoger aandeel voor ‘asthenie’ (64 procent) en ‘nervositas’ (13 procent) en een te verwaarlozen aandeel van de twee door de Inspectie juist voorop geplaatste redenen van uitzending.⁴⁹

Het lijkt erop dat schoolartsen, als tevoren, zoveel mogelijk arme kinderen een plezierige vakantie inclusief hygiënische vorming hebben willen bezorgen. ‘Zwakte’ als diagnose was hun instrument. De schaal waarop zij werd gesteld, kennen we dankzij de standaard verwijzingskaart, die vanaf 1930 door alle uitzendende verenigingen moest worden gebruikt.⁵⁰ De keurings- en kolonieartsen dienden daarop hun bevindingen over de conditie van het kind en eventuele afwijkingen te noteren. De kaart bevat vragen over gewicht, lengte, redenen van selectie en de gewenste bestemming: zee of bos. Op basis van deze informatie kon men de gemiddelde toename in gewicht en lengte of indicaties per koloniehuis of uitzendende vereniging bestuderen en vergelijken. De koloniearts kon daarnaast naar eigen voorkeur resultaten van de verpleging administreren, zoals toename van het hemoglobinegehalte van het bloed, de omvang van de borstkas en de spierkracht. Zo boden de kolonies ambitieuze medici een laboratorium voor onderzoek en de mogelijkheid een

46 ‘Onderzoek naar den voedingstoestand van schoolkinderen te Amsterdam 1936’, *TvSG* 14 (1936) 177-184; A. Schuckink Kool, ‘Over den voedingstoestand van schoolkinderen’, *TvSG* 14 (1936) 243-247.

47 R.N.M. Eijkel, ‘Verslag over het jaar 1932 van de Inspectie voor de hygiëne van het kind, de tuberculosebestrijding en de bestrijding van de geslachtsziekten’, *VMbV* (1934) 718.

48 Idem, ‘Verslag over het jaar 1931 van de Inspectie voor de hygiëne van het kind, de tuberculosebestrijding en de bestrijding van geslachtsziekten’, *VMbV* (1933) 58-59.

49 G.G.J. Mettrop, *De kinderuitzending in Nederland. Een kritische studie* (Nijkerk 1945) 250.

50 Eijkel, ‘Verslag over het jaar 1932’, 718.

kennisbasis op te bouwen voor studie van het kind. Academische carrières als kinderarts konden een aanvang nemen in bos of duingebied.⁵¹

Het filantropisch netwerk van uitzendende verenigingen was intussen, zoals het hele maatschappelijke middenveld, sterk uitgedijd en verrijkt met verenigingen op confessionele grondslag. Zo subsidieerde het Rijk in 1930 maar liefst 52 verenigingen, waarvan tien met een religieuze grondslag. Samen exploiteerden zij 3.376 bedden.⁵² Een Centrale Raad voor de Kinderuitzending diende de overheid van advies. Een commissie hieruit, waarin de protestants-christelijke, rooms-katholieke en socialistische zuilen waren vertegenwoordigd, formuleerde opleidingseisen waaraan verzorgsters in koloniehuisen voortaan moesten voldoen. Die werden in de jaren dertig van kracht, aanzienlijk vroeger dan in de kinderbescherming.⁵³ Naast hygiënische kennis en huishoudelijke vaardigheden, maakten ook pedagogiek en psychologie daarvan deel uit en omdat de levensbeschouwing daarin doorklonk mochten de verenigingen de opleiding zelf ter hand nemen.⁵⁴

Intussen voer het inspectoraat voor het aanscherpen van regels en richtlijnen op het model van het neutrale Genootschap, dat tekende voor een derde van de uitzendingen. Dat was bijvoorbeeld het geval met de lengte van het verblijf. De standaard van het Genootschap was vijf weken, later zes.⁵⁵ Het geldt ook voor de omgang met de ouders van de verpleegde kinderen. In de eerste twee weken was bezoek niet toegestaan en daarna slechts tweemaal.⁵⁶ Familie gold als een bron van verkeerde invloeden, die de hygiënische heropvoeding van het kind verstoorden. Contact werd daarom ontmoedigd en gereguleerd, via censuur op uitgaande brieven en schifting van de inkomende prentbriefkaarten. Bezoek zag men als een noodzakelijk kwaad.⁵⁷ Het tegengeluid van onderwijzers, die nog wel eens op het belang van de 'gezinsband' hadden gewezen⁵⁸, verstomde tijdens het interbellum, zoals zij ook verdwenen uit het hoofdbestuur van het Genootschap, om plaats te maken voor kinderartsen en burgemeesters.⁵⁹

51 Bijvoorbeeld: A.A. Koopal, *Het gezondheidskoloniewezen voor kinderen in Nederland* (Groningen, Den Haag, Batavia 1934); Mettrop, *De kinderuitzending*.

52 Eijkel, 'Verslag over het jaar 1930', 1027.

53 Bakker e.a., *Vijf eeuwen*, 404. In de kinderbescherming golden pas na 1950 opleidingseisen voor groepsleiders.

54 'Rapport van de Commissie uit den Centralen Raad voor de Kinderuitzending, belast met de bestudeering van de Opleiding van het

verplegend personeel in de koloniehuisen', *HH* (15 september-15 november 1932); H.C.S., 'Opleiding geleidsters', *HH* (15 april 1936).

55 Dat wil zeggen vanaf 1936: 'Aanvullend rapport van de Commissie voor de bestudering van de zesweekse verpleging', *HH* (15 maart 1936).

56 Fuchs en Simons, *Ter wille*, 83-86.

57 S. Simons, 'Het bezoek in de koloniehuisen', *HH* (15 april 1922).

58 A.C.B., *Naschrift*', *HH* (15 april 1922).

59 'Dagorde gewone Algemeene Vergadering', *HH* (12 april 1932).

De strenge bezoekenregeling gold ook voor kleuters. Die werden sinds 1929 eveneens uitgezonden. Filantropen richtten er aparte kolonies voor op. Geaccepteerde redenen voor uitzending van kleuters waren vrijwel dezelfde als voor schoolkinderen, met een extra categorie op de registratiekaart voor kinderen die achter bleven in hun ontwikkeling. Ook de opgegeven redenen voor uitzending verschillen maar weinig van die van oudere kinderen. ‘Zwakte’, ‘rachitis’ en ‘nervositas’ waren de belangrijkste. Binnen korte tijd waren er twee kleuterhuizen met 125 bedden, die in 1930 al 385 kinderen tussen drie en zes jaar ontvingen.⁶⁰ Er kwamen ook drie ‘dagkolonies’, waar de kleuters alleen overdag werden verpleegd. Het totaal aantal verpleegde kleuters groeide snel, van 1.079 naar 2.133 tussen 1931 en 1935. De Inspectie was blij met deze uitbreiding van het werk naar de vroege kindertijd. In 1935 verlaagde zij de leeftijdsgrens voor toelating tot de dagkolonies zelfs van drie naar één jaar, omdat de behoefte ‘om ook kinderen jonger dan 3 jaar reeds in koloniehuisen te plaatsen vrij groot bleek te zijn’.⁶¹ Waarschijnlijk kenden de inderhaast opgerichte kleuterhuizen een te lage bezettingsgraad omdat ouders jonge kinderen niet wilden laten gaan.

Terwijl de kolonieverpleging onverminderd doorgroeide, naar een hoogtepunt van 31.280 uitzendingen in 1954, daalde het aantal naar gezinnen uitgezonden kinderen scherp: van ongeveer vierduizend in 1918⁶² naar bijna drieduizend in 1931, om daarna verder te dalen tot slechts 414 in 1958 (zie tabel 1). Sommige steden stopten zelfs helemaal met steun aan uitzending naar gezinnen. De medicalisering en de daarbij horende standaardisering van procedures bracht deze, heel wat goedkopere aanpak – tweeënehalf keer zo voordelig, berekende iemand⁶³ – in diskrediet. Artsen tekenden aan dat dagelijkse medische controle hier niet mogelijk was en dat de ontvangende ouders geen medische scholing of hygiënische kennis hadden. Hygiënische condities waren op het platteland bovendien slechter dan in de stad. Voorts bleken boeren in de oogsttijd misbruik van hun jonge gasten te maken door ze aan het werk te zetten. Zelfs hun morele troef, een sterk oudergezag, bleek in de ogen van de toezichhoudende artsen lang niet altijd voldoende hoog te worden gehouden.⁶⁴ Terwijl de justitiële kinderbescherming pleegzorg

60 R.N.M. Eijkel, ‘Verslag over het jaar 1930’, *VMbV* (1931) 1022.

61 Idem, ‘Verslag over het jaar 1935’, *VMbV* (1937) 606.

62 A. van Voorthuijsen, ‘Verslag van den Handelingen der Centrale Commissie voor uitzending van Nederlandsche kinderen naar buiten over 1918 [...]’, *Pais* 3 (1919) 127-128.

63 ‘Boekbespreking’, *TvSH* 25 (1923) 215-216.

64 C.L. Deyll, ‘Kinderuitzending. Gezins- en kolonieverpleging’, *SMM* 2 (1922) 79-80; C.H. v. H., ‘Jaarverslag van de A.R.K. 1923’, *TvSG* 2 (1924) 221; R.N.M. Eijkel, ‘Sociaal-hygiënische voorzieningen ten plattelande’, *TvSH* 30 (1928) 321-337.

vanouds boven het internaat verkoos⁶⁵, wisten de filantropen hun voorkeur voor groepsbehandeling in grote huizen verder door te drukken.

Het feit dat gezinsverpleging schoolbezoek mogelijk maakte, speelde geen rol in het debat. Ook het gegeven dat koloniekinderen geen onderwijs kregen, bleef ongezegd. De inrichting van de uitzending naar medische maatstaven en de korte duur van de verpleging maakten kolonieschooltjes een onhaalbare kaart. Medische criteria dicteerden de groepssamenstelling, niet leeftijd of schoolvorderingen. Alleen een enkel herstellingsoord bood de kinderen individueel les.⁶⁶ Financiering, toezicht en selectie vanuit een medisch kader boden de filantropen het voordeel dat hun werk buiten de spanningen tussen openbaar en bijzonder onderwijs kon blijven.

Een mislukte hervorming

Veel koloniehuzen zijn tijdens de Tweede Wereldoorlog door de Duitsers gevorderd, andere raakten zwaar beschadigd. In 1942 werden de uitzendende verenigingen ontbonden, maar niet lang na de Bevrijding krabbelden zij weer op om op de oude voet verder te gaan. Ook de rijkssubsidie per verpleegdag vloei­de weer vanaf 1946, nu aangevuld met gelden uit het sociaal-medisch Profylaxefonds en van de ziekenfondsen.⁶⁷ Veel sneller dan in de kinderbescherming, waar men worstelde met capaciteitsgebrek bij een toenemende vraag⁶⁸, wisten de filantropen de herbouw van de koloniehuzen te voltooien. Al in 1949 overtrof het aantal uitzendingen het vooroorlogse volume (zie tabel 1). Met het kwantitatief hoogtepunt van de uitzending naar kolonies in 1954 zijn we meteen aangekomen bij haar nadagen. Ondanks een aanzienlijke verbetering van de voedingstoestand van het Nederlandse schoolkind ten opzichte van de vooroorlogse situatie⁶⁹, twijfelden de filantropen nog altijd niet aan het nut van hun activiteiten. Ook de Inspectie was onverminderd van oordeel dat dit werk, ‘een der meest waardevolle voorzieningen’ was in de kinderhygiëne.⁷⁰ Maar critici legden de vinger op de zwakke plekken. Naast de massale en onpersoonlijke aanpak kritiseerden zij de vage labels op basis waarvan de meerderheid van de kinderen voor een verblijf werd geselecteerd, zoals ‘asthenie’ en ‘nervositas’. In de huizen van

65 P. de Rooy, ‘De beschutte kooi. Gezins- en gestichtsverpleging, 1870-1940’, in: B. Kruihof, T. Mous en Ph. Veerman (eds.), *Internaat of pleeggezin. 200 Jaar discussie* (Utrecht 1981) 92-110.

66 L. van der Wilk, ‘Verpleging van kinderen in herstellingsoord­en (B-verpleging) van het Centraal Genootschap’, *TvSG* 15 (1937) 235-238. Deze kenden een langer en geïndividualiseerd verblijf.

67 Swankhuisen e.a., *Bleekneusjes*, 89-96.

68 Van de Bij e.a., *Honderd jaar kinderbescherming*, 89-91.

69 ‘Samenvattend rapport over het onderzoek naar de voedingstoestand van Amsterdamse schoolkinderen – 1951’, *TvSG* 29 (1952) 136-140.

70 C. Banning, ‘Verslag over 1953 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de

het Centraal Genootschap waren de mentale problemen intussen goed voor bijna de helft van de uitzendingen, tegen slechts 22 procent in 1939. Binnen de kinderuitzending als geheel ging ‘nervositas’ vanaf 1957 zelfs aan kop als reden van selectie, met 36 procent, tegen 33 procent voor ‘asthenie’.⁷¹

Om de behandeling in de kolonies beter op de nieuwe doelgroep af te kunnen stemmen stelde het hoofdbestuur van het Genootschap een studiec commissie in onder leiding van zijn vice-voorzitter en schoolinspecteur J.J. Feringa. Deze adviseerde in 1955 een vergaande hervorming en een terugkeer naar een opvoedkundig model. Aan de staf dienden pedagogisch geschoolden te worden toegevoegd, terwijl voor alle medewerkers bijscholing in die richting nodig was. De grote slaapzalen moesten plaats maken voor eenheden voor groepen van maximaal twaalf kinderen, zodat een meer huiselijke sfeer kon ontstaan. Een ‘paedagogisch geschoold psycholoog’ diende leiding te geven aan de overgang naar een meer individuele benadering.⁷² Een psycholoog én een pedagoog traden daarop in dienst van het Genootschap.⁷³ Samen met de kinderarts-inspecteur gaven zij leiding aan de vernieuwing, die samenviel met een snelle daling van het aantal uitzendingen. Op de jaarvergadering van 1957 hield de psycholoog een voordracht over de kenmerken van het kind dat op grond van ‘nervositas’ in een kolonie terecht kwam. Met zijn vaagheid bevestigde hij in feite de kritiek. Het ging, zei hij, om ‘kinderen, die zich niet geheel aangepast aan het leven weten te gedragen, zich niet zo gelukkig voelen als [...] mogelijk zou zijn’. Net als de uitdrukkingvormen konden de oorzaken talrijk zijn, van een ‘onrustig milieu’ tot ‘een onjuiste opvoeding’.⁷⁴ Bij een andere gelegenheid benadrukte hij het psychologisch belang van de groep juist voor deze kinderen.⁷⁵ Intussen groeiden de financiële problemen van de verenigingen en zagen zij zich genoodzaakt de lege bedden te vullen met hele schoolklassen, een praktijk die uiteraard kritiek opriep.⁷⁶

De scherpste kritiek op de groepsgewijze aanpak in de kinderuitzending kwam van psychoanalytici verbonden aan de in deze jaren snel in aantal en aanzien groeiende MOV’s, van wie sommigen de eerste leerstoelen in de kinderpsychiatrie bezetten.⁷⁷ Geïnspireerd door de nieuwe inzichten van John Bowlby, Margaret Ribble en Anna Freud maakten zij bezwaar tegen het weghalen bij de moeder van jonge kinderen voor zoveel

Volksgesondheid’, VMbV (1957) 320.

71 Fuchs en Simons, *Ter wille*, 103; J.J. Feringa e.a., *Rapport Commissie Feringa* (Amsterdam [1955]) 17; Banning, ‘Verslag over 1957’, 783.

72 Feringa e.a., *Rapport*.

73 La., ‘Onze medisch-paedagogische staf’, *HH* (15 november 1956) 2-3.

74 Fuchs en Simons, *Ter wille*, 106.

75 J. Lubbers, ‘Het herstellingsoord als middel om nerveuze kinderen te helpen’, *HH* (15 oktober 1958) 1-3.

76 G.J. Planting, ‘Kinderuitzending in klasseverband’, *TvSG* 36 (1959) 327-331.

77 L. de Goei, *In de kinderschoenen. Ontstaan en ontwikkeling van de universitaire kinderpsychiatrie*,

weken, terwijl de ouders bovendien nauwelijks op bezoek mochten komen, zelfs niet bij kleuters. De grootschalige onderneming was, gegeven de sterk verbeterde gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd, niet alleen overbodig geworden, ze was zelfs gevaarlijk, zetten zij uiteen. Met name kleuters en neurotische kinderen konden door een kolonieverblijf worden geschaad. Neurotisch gestoorde kinderen moest men niet verwarren met de lijders aan ‘asthenie’ of ‘neurasthenie’ (zenuwzwakte) die de huizen bevolkten, ofschoon de symptomen ogenschijnlijk dezelfde waren – bleek, slap en mager. De (zenuw)zwakken waren slachtoffer van ‘ongunstige materiële omstandigheden’, terwijl neurotici leden aan een geestelijke stoornis wegens problematische gezinsrelaties, die juist door het veelvuldig diagnosticeren van (zenuw)zwakte vaak niet werd opgemerkt. Zelfs de symptomen van een neurotisch kind, zoals angsten en leerproblemen, konden door de somatische aanpak in de kolonies niet worden genezen, zo klaagde de eerste generatie kinderpsychiaters.⁷⁸

Ook onderwijskundigen uitten bezwaren. Doordat de uitgezonden kinderen zo lang van onderwijs verstoken bleven, schaadde kolonieverblijf de leerprestaties. Het percentage doubleurs onder hen lag tweemaal hoger dan het gemiddelde.⁷⁹ Onderwijzers hadden altijd sceptisch gestaan tegenover de winterverpleging, die juist de kinderen die de lessen het hardst nodig hadden wekenlang uit de klas haalde. Pediatrisch onderzoek had intussen het idee ondergraven dat zon en frisse lucht de leerprestaties zouden bevorderen.⁸⁰ Voor kinderen met chronische astma en bronchitis gaven de Inspecties voor onderwijs en volksgezondheid, evenals de onderwijssector, nu de voorkeur aan openluchtscholen. Terwijl de filantropen altijd hadden benadrukt dat ‘zwakke’ kinderen even weg moesten van school en huis, draaide het contravertoog het argument om: deze kinderen hadden steun nodig in en rondom de school. Kinderen met ‘nervositas’ hadden ‘aanpassingsproblemen’, betoogde een arts. Beter dan hen uit het gezin te halen, kon men hen helpen zich aan te passen ‘aan en in het eigen milieu’, desnoods met hulp van een MOB, zette hij uiteen.⁸¹ Opnieuw een omkering. Terwijl de weldoeners zich inspanden om hun werkwijze te individualiseren en beter aan te sluiten bij de vermeende

1936-1978 (Utrecht 1992); Bakker, ‘Child Guidance’.

78 A. Querido, ‘Vraagstukken in verband met de kinderuitzending’, *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* 10 (1955) 28-38; A.J. de Leeuw-Aalbers, ‘Inleidende opmerking’, *ibidem*, 1-3; Th. Hart de Ruyter, ‘Kinderuitzending’, *TvSG* 31 (1954) 99. Net als andere kinderpsychiaters zag de laatste de nervositas als een ziekte met een fysieke, erfelijke aanleg als oorzaak; een ongunstig milieu verergerde de symptomen. Op MOB’s

behandelde men deze kinderen niettemin op psychoanalytische basis: T. Bolt, *Van zenuwachtig tot hyperactief. Andere kijk op hyperactief* (Amsterdam 2010) 61-68.

79 G.J. Planting, ‘Kinderuitzending’, in: G.J. Planting (ed.), *Leerboek voor moederschapzorg en kindhygiëne* (Assen 1962) 505-516.

80 Mettrop, *De kinderuitzending*, 221-233.

81 J.J. Dalmeijer, ‘Kinderuitzending’, *TvSG* 31 (1954) 97-98.

opvoedkundige behoeften van ‘nerveuze’ kinderen en hun personeel en schoolartsen bijschoolden op psychologisch en pedagogisch vlak⁸², wonden de critici terrein en verdween de bereidheid bij het grote publiek om dit werk mede te financieren. Dankzij de snel groeiende welvaart gingen veel arbeiders nu zelf op vakantie, mét de kinderen. Daarop verlegden de uitzendende verenigingen hun activiteiten naar verpleging van lichamelijk gehandicapte en chronisch zieke kinderen. Zo kon een deel van de koloniehuzen na stopzetting van de rijkssubsidie in 1968 een doorstart maken als AWBZ-gefinancierde instelling.⁸³

Conclusie

In het proces van medicalisering van het oorspronkelijk pedagogische project van de kindervakantiekolonies heeft de staat een belangrijke rol gespeeld. Vanaf 1921 subsidieerde de rijksoverheid, naast gemeenten en provincies, de kinderuitzending door filantropische verenigingen. De toegenomen sterfte onder schoolkinderen, vooral aan tuberculose, aan het einde van de Eerste Wereldoorlog inspireerde daartoe. Het eerder door onderwijzers en weldoeners ontwikkelde model van relatief korte, groepsgewijze zomeruitzending, gericht op het bedienen van zoveel mogelijk kinderen, stond hierbij niet ter discussie, evenmin als de leidende rol van lokale verenigingen. De rijkssteun vormde vervolgens het aangrijpingspunt voor processen die zich in de Nederlandse kinderhygiëne sterker hebben gemanifesteerd dan in andere westerse landen: standaardisering van het aanbod, professionalisering en vooral een grotere betrokkenheid van artsen, verpleegsters en de Inspectie voor de Volksgezondheid. Met de steun voor winterverpleging gaf het Rijk tevens een signaal aan de filantropen om hun inspanningen en bouwactiviteiten te vergroten. Net als in andere landen vormden vakantiecampen voor kinderen uit de arbeidersklasse een populaire vorm van liefdadigheid. Het welzijn van het ‘zwakke’ kind bood dames uit de burgerij een sociaal geaccepteerde activiteit buiten het gezin in een tijd waarin betaalde maatschappelijke arbeid al vroeg om een diploma en voor gehuwden nog niet was weggelegd. Medici namen na 1920 de zeggenschap over deze vorm van hygiënische zorg over van onderwijzer(e)s(en), wier betrokkenheid garant had gestaan voor hoge verwachtingen ten aanzien van het effect van buitenlucht op de leerprestaties en van opvoeding tot netheid, reinheid en orde. Onderwijzer(es)s(en) ruimden, anders dan in omliggende landen, het veld. De hoge status van het medisch beroep zal hieraan hebben

82 A.A. Koopal, S.J.H. Kakeman-van Maanen en K. Pels, ‘De betekenis van de kinderuitzending voor het “nerveuze” kind’, *TvSG* 31 (1954) 205-210; A.A. Koopal, ‘Voor en na-onderzoek bij

de kinderuitzending’, *TvSG* 32 (1955) 207-420; Planting, ‘Kinderuitzending’.

83 Swankhuisen e.a., *Bleekneusjes*, 163-165.

bijgedragen. Met de dokters aan het roer werden de officiële selectiecriteria en doelstellingen van de verpleging versmald tot medische redenen. Niettemin bleef het aantal uitzendingen groeien, terwijl de gezondheid van arme kinderen snel verbeterde. Het filantropisch werk was als een trein die niet meer kon stoppen. Het vullen van de bedden in de kolonies werd een doel op zich. Op het uitvoeringsniveau bleef onverminderd sprake van disciplineren van niet enkel het hygiënisch gedrag.

Medici hebben zich niet hoeven inspannen om het gezag over de kinderuitzending te verwerven. Het werd hen in de schoot geworpen door de overheid, die weliswaar zelf geen actieve ‘biopolitiek’ voerde maar via subsidie wel het hygiëneoffensief steunde en er controle over wenste uit te oefenen. De bereidheid kinderhygiëne te financieren was groot, zowel bij de overheid als bij particulieren. Juist in het interbellum leek winst te kunnen worden behaald uit preventieve zorg, vooral in de strijd tegen de tuberculose. De Inspectie zette vervolgens via het Centraal Genootschap aan tot aanscherping van regels en richtlijnen, verhoging van kwaliteitseisen, zoals opleiding van het personeel, en standaardisering van selectieprocedures en voortgangscontroles, waardoor kolonieartsen de huizen konden benutten als privé-laboratoria en een basis voor kinderstudie. De ironie wil dat juist de medische inspectie, die ervoor moest waken dat geen dubbeltje werd besteed aan kinderen die te ziek of te gezond waren, door haar eisen voorkwam dat de veel goedkopere gezinsverpleging een serieuze rol kon blijven spelen in de kinderuitzending. Naast de overheid hebben ook de beschavingsdrang van de filantropen, de beschikbaarheid van grote koloniehuisen, de subsidiëring per verpleegdag en de noodzaak van een verantwoorde exploitatie op jaarbasis de groei en instandhouding van de kortdurende, groepsgewijze kolonieverpleging van zoveel mogelijk kinderen bevorderd. De inrichting van de uitzending naar medische maatstaven en de korte duur maakten dat onderwijs in de kolonies zelfs nooit is overwogen, terwijl de kinderhygiëne in andere landen een basis in de school behield of anderszins deel bleef van een pedagogisch project.

Kinder-, school- en kolonieartsen creëerden gezamenlijk een somatische cultuur rondom het Nederlandse kind. Om een verantwoorde selectie van de uit te zenden kinderen te bevorderen en ondoelmatige besteding van (overheids)geld te voorkomen, construeerden zij ‘zwakte’ als een diagnose voor niet al te gezonde kinderen die baat konden hebben bij een kort verblijf aan zee of in de bossen. Deze intermediaire categorie tussen ‘gezond’ en ‘ziek’, of ‘normaal’ en ‘abnormaal’, vormt de sleutel tot het begrip van de geschiedenis van deze omvangrijke sociaalhygiënische zorg voor kinderen. Vrucht van de eerste, somatisch georiënteerde golf van medicalisering van het kinderwelzijn omstreeks 1900, heeft zij de tweede, op geestelijke gezondheid gerichte golf van na 1945 niet overleefd. Haar ondergang hield, afgezien van de verbeterde fysieke gezondheid van de jeugd en de snel groeiende welvaart, ook verband met de negatieve houding van de filantropen ten opzichte van de ouders van het ‘zwakke’ kind. Als slechte verzorgers werden zij weggehouden

van hun tijdelijk geïsoleerde kind. De nieuwe psychiatrische cultuur rondom de kindergeest leunde sterk op de psychoanalyse en die verdroeg zich niet met de essentie van de kinderuitzending, de scheiding van ouder en kind, en evenmin met haar constructies, ‘zwakte’ en ‘nervositas’, waarvan de symptomen niet te onderscheiden waren van die van de analytische diagnose, de neurose. Anders dan de openluchtscholen, schoolkolonies, vakantiecampen en gezinsverpleging elders schaadde de Nederlandse kolonieverpleging de leerprestaties doordat de kinderen middenin het schooljaar wekenlang verstoken bleven van onderwijs. Dat kon een welvaartsstaat zich niet permitteren. ◀

Nelleke Bakker is historica en universitair hoofddocent historische pedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Haar onderzoek richt zich op pedagogische idealen en op kinderen en gezondheid. Zij is voorzitter van de Belgisch-Nederlandse Vereniging voor de Geschiedenis van Opvoeding en Onderwijs. Bakker publiceert vooral in internationale tijdschriften, onder meer ‘Fresh Air and Good Food: Children and the Anti-Tuberculosis Campaign in the Netherlands, c. 1900-1940’, *History of Education* 39 (2010) 343-361; ‘Before Ritalin: Children and Neurasthenia in the Netherlands’, *Paedagogica Historica* 46 (2010) 383-401; en (met Jan Noordman en Marjoke Rietveld) het overzichtswerk *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk 1500-2000* (Assen 2006), waarin zij de delen over opvoeding en de maatschappelijke en culturele context voor haar rekening nam. Email: p.c.m.bakker@rug.nl.