

‘Gezonde buitenlucht’ en ‘krachtige voeding’: kinderen en de anti-tuberculosecampagne in Nederland (ca. 1910–1940)

NELLEKE BAKKER*

ABSTRACT

‘Healthy air’ and ‘powerful nutrition’: children and the anti-tuberculosis campaign in the Netherlands (c. 1910–1940)

As elsewhere in the Western world, between 1910 and 1940 the anti-tuberculosis campaign in the Netherlands produced a wide range of initiatives to promote child health. In each of these the social and the medical were linked, as the hygienic ‘mood’ was encouraged by a child-saving ethos that focused upon the poor. In this article the author discusses from a comparative perspective the Dutch anti-tuberculosis interventions for children, the benefits projected on each of these, and the categories of children for whom they were meant. Private and voluntary initiatives dominated the field, whereas the state turned out to be very reluctant to take responsibility. Medically controlled health camps for weak children were a more important instrument than open-air schools and mass medical examination. Medical surveillance produced new categories and data which in turn justified the continued growth of child hygiene after tuberculosis had become less of a threat during the 1930s.

Keywords: child health; anti-tuberculosis campaign; school doctors

Inleiding

Tuberculose is tegenwoordig vooral bekend als een besmettelijke ziekte in ontwikkelingslanden, die met medicijnen goed te behandelen is. In de eerste helft van de twintigste eeuw was dat anders. In westerse landen vormde deze infectieziekte toen de voornaamste doodsoorzaak onder jeugd en jonge volwassenen. Nadat Robert Koch in 1882 de tuberkelbacil had geïdentificeerd, ontdekten pathologen omstreeks 1900 de latente, niet merkbare of ziekmakende, infectie die door deze bacil veroorzaakt werd. *Post-mortem* onderzoek toonde onder meer aan dat kinderen die door andere oorzaken waren overleden op grote schaal tekenen van de ziekte vertoonden, waarbij de frequentie van de ontdekte infecties toenam met de leeftijd. Deze ontdekking suggereerde dat de volksziekte werd veroorzaakt door een

* Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Algemene Pedagogiek. E-mail: p.c.m.bakker@rug.nl.

reactivering van de bacil die men in de jeugd had opgedaan. De ziekte kon jarenlang een slapend bestaan leiden, om zich pas op volwassen leeftijd te manifesteren. Dit betekende dat de preventie al in de kindertijd moest beginnen.¹

Daarop verlegde de internationale anti-tuberculosecampagne een deel van haar aandacht naar het voorkomen van de besmetting en vooral van de ontwikkeling van de klinisch actieve, gevaarlijke variant van de ziekte bij kinderen. Dit leidde tot de creatie van talloze kinderhygiënische voorzieningen, van schoolartsen tot speciale scholen en tehuizen. Overal kwamen daarin het sociale en het medische samen, omdat het hygiënisch project werd aangedreven door engagement jegens arme kinderen. Tuberculose was een armeluisziekte, die slecht gevoede en gehuisveste kinderen en volwassenen eerder trof. Ondervoede, bleke en ziekelijke kinderen kregen het stempel van slachtoffer van ‘latente’ tuberculose en werden voorwerp van interventie. Zij waren mogelijk met de tuberkelbacil besmet maar ‘nog niet ziek’. Goede voeding, buitenlucht en zonlicht moesten de fysieke conditie van ‘pre-tuberculeuze’ kinderen verbeteren en daardoor voorkomen dat ze daadwerkelijk ziek werden. Daartoe startte het particulier initiatief openluchtscholen, gezondheidskolonies en preventoria, terwijl de overheid vooral inzette op het aanstellen van preventief werkende schoolartsen en grootschalig onderzoek bij de schooljeugd. De strategieën verschilden, maar iedere nationale campagne kende, naast voorlichting, betrokkenheid van artsen én onderwijzers en particulier initiatief naast overheidszorg. In de jaren dertig en veertig verloor de aandoening overal gewicht als een diagnostische categorie die interventies legitimeerde. De snel dalende tuberculosemortaliteit en -morbiditeit, de beschikbaarheid van BCG-vaccinatie voor zuigelingen uit tuberculeuze gezinnen en de ontdekking, in 1943, van de geneeskrachtige werking van streptomycine vormen er de oorzaken van.² Ondanks de grote invloed van de tuberculose op de volksgezondheid en de enorme omvang en implicaties van de anti-tuberculosecampagnes is er in Nederland nog weinig onderzoek naar gedaan.³ Dit geldt in het bijzonder voor de op kinderen gerichte campagne.⁴

In dit artikel schets ik het Nederlandse tuberculosegerelateerde kinderhygiëne offensief en richt mij daarbij in het bijzonder op de preventieve voorzieningen speciaal voor

- 1 Cynthia Connolly, ‘Pale, poor and “pretubercular” children: a history of pediatric antituberculosis efforts in France, Germany, and the United States, 1899–1929’, *Nursing Inquiry* 11 (2004) 138–147; R.A. Meckel, ‘Open-air schools and the tuberculous child in early 20th-century America’, *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine* 150 (1996) 91–96; K. McCuaig, *The weariness, the fever, and the fret: the campaign against tuberculosis in Canada 1900–1950* (Montreal 1999) 42.
- 2 Beschrijvingen van campagnes zijn bijvoorbeeld: Linda Bryder, *Below the magic mountain: a social history of tuberculosis in twentieth-century Britain* (Oxford 1988); McCuaig, *The weariness* (n. 1).
- 3 M. van Daal & A. de Knecht-van Eekelen, ‘Over aetiologie en therapie van tuberculose: het debat in Nederland (1900–1910)’, *Gewina* 15 (1992) 211–233; E. Hueting & A. Dessing, *Tuberculose. Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland* (Zutphen 1993); Bartje Abbo-Tilstra, *Om de sūnens fan it Fryske folk. Tuberculose en haar bestrijding bij bevolking en veestapel in Fryslân, 1890–1940* (Leeuwarden 2002); Alice Juch, *Longarts in Nederland* (‘s-Hertogenbosch 2009). Naast deze wetenschappelijke literatuur bestaan ook enkele lokale gedenkboeken, bijvoorbeeld E. van Kammen, *Geschiedenis van de tbc-bestrijding in Dordrecht* (Dordrecht z.j.).
- 4 Verwante thema’s zijn wel bestudeerd: Fedor de Beer, *Witte jassen in de school. De schoolarts in Nederland ca. 1895–1965* (Assen 2008); Nelleke Bakker, ‘“Kweekplaatsen van gezondheid”. Vakantiekolonies en de medicalisering van het kindermelkzorg”, *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 126 (2011) 29–53. Zie voor openluchtscholen bezien vanuit een architectuurhistorisch oogpunt: Dolf Broekhuizen, *Openluchtscholen in Nederland. Architectuur, onderwijs en gezondheidszorg 1905–2005* (Rotterdam 2005).

kinderen.⁵ Dankzij recent onderzoek kan ik dat doen vanuit een vergelijkend perspectief. Cynthia Connolly heeft de pediatrie anti-tuberculose inspanningen in Frankrijk, Duitsland en de Verenigde Staten aan het begin van de eeuw vergeleken. Elk van deze landen koos een eigen route, waarbij de lengte en intensiteit van de scheiding tussen ouder en kind varieerden: van het uitbesteden van jonge kinderen van tuberculeuze moeders op het Franse platteland, tot openlucht dagscholen in Duitse bossen (*Waldschulen*) en residentieel openluchtonderwijs in preventoria in de Verenigde Staten. Afgezien van de verschillen, valt op dat elk van deze modellen van interventie was gebaseerd op publiek-private samenwerking en dat geen van deze voorzieningen zich beperkte tot het bieden van buitenlucht, gezond voedsel en lessen in hygiëne; allemaal benadrukten ze het belang van de vorming van deze kinderen tot gezonde en daardoor nuttige burgers van de moderne natie.⁶ Noorwegen koos, blijkens het onderzoek van Teemu Ryymin, voor een combinatie van massaal preventief medisch onderzoek van schoolkinderen met langdurige isolatie van risicokinderen in tehuizen, onder medisch toezicht en op kosten van de staat. De overheid nam daarin het voortouw.⁷ De meeste Europese landen kozen echter niet voor een enkel model maar voor een combinatie van instrumenten om de gezondheid van ‘pretuberculeuze’ kinderen te bevorderen. Zo bloeiden in Frankrijk naast de uitbesteding op het platteland ook vakantiekolonies en openluchtscholen.⁸

Ook in Nederland lijkt sprake te zijn geweest van een veelvoud aan middelen. Ik stel daarom de vraag voor welke preventieve voorzieningen werd gekozen en waarom? Op welke categorieën kinderen richtten deze zich? Hoe ging men daar te werk en welke doelen werden nagestreefd? Kunnen we de kindercampagne het beste zien als pedagogische en hygiënische disciplinerings⁹ of gaat het vooral om uitbreiding van de macht van de medische professie over het volkskind.¹⁰ En speelde de Nederlandse overheid in dit verband, zoals de Britse,¹¹ de rol van aanjaagster? Ik bespreek de diverse initiatieven, rapporten en hun praktische uitwerkingen chronologisch. Na de pioniers, passerden eerst het werk van schoolartsen en vervolgens de openluchtscholen en de kindertuizing de revue.

Een kinderarts als wegbereider: Gabbe Scheltema

In Nederland is de strijd tegen de kindertuberculose relatief laat gestart. Ofschoon de ontdekking van de latente tuberculose al in 1904 was gerapporteerd,¹² duurde het tot 1912 voordat

5 Kindersanatoria blijven buiten beschouwing, omdat deze instellingen kinderen verpleegden bij wie de ziekte in een actief stadium was geconstateerd.

6 Connolly, ‘Pale, poor and “pretubercular” children’ (n. 1); Roger Cooter (ed.), *In the name of the child: health and welfare 1880–1940* (London 1992).

7 Teemu Ryymin, ‘“Tuberculosis-threatened children”: the rise and fall of a medical concept in Norway, c. 1900–1960’, *Medical History* 52 (2008) 347–364.

8 L.L. Downs, *Childhood in the promised land. Working-class movements and the Colonies de Vacances in France, 1880–1960* (Durham NC/London 2002); A.-M. Châtelet, ‘From ideas to buildings: the rise of open-air schools in France (1907–1940)’, in: A.-M., Châtelet, D. Lerch & J.-N. Luc (eds.), *L’école de plein air. Une expérience pédagogique et architecturale dans l’Europe du XX^e siècle. Open-Air Schools. An Educational and Architectural Venture in Twentieth-Century Europe* (Paris 2003) 182–189.

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

10 Bakker, ‘Kweekplaatsen’ (n. 4).

11 Cooter, *In the name of the child* (n. 6).

12 S.P. Rietema, ‘Bestrijding van de tuberculose’, *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 6 (1904) 289–302.

een gezaghebbend medicus de eenzijdige focus op volwassenen in de tuberculosebestrijding bekritiseerde met de even bondige als krachtige stelling dat tuberculose, ondanks de veel hogere morbiditeit en mortaliteit onder adolescenten en volwassenen, ‘in de eerste plaats een kinderziekte’ was.¹³ De campagne ombuigen richting schoolkinderen was volgens deze arts, de eerste Nederlandse hoogleraar in de kindergeneeskunde Gabbe Scheltema (1864–1951), de ultieme preventie. Toen hij er drie jaar later opnieuw aandacht voor vroeg, kon hij refereren aan een schat aan pediatrie kennis die via internationale congressen en tijdschriften was verspreid. Ofschoon het Nederlandse debat over de oorzaak van tuberculose (hereditair of besmetting) omstreeks 1910 was beslecht in het voordeel van de contagionisten,¹⁴ voelde hij zich toch geroepen nog eens uiteen te zetten dat zoiets als een erfelijke aanleg voor tuberculose of ‘physiologische armoede’ niet bestond. Alleen via contact met het sputum van een lijder aan open longtuberculose konden mensen ziek worden.¹⁵ En juist daarom kon de ziekte worden uitgeroeid, zo hield hij zijn vakgenoten voor.

Scheltema vond zijn motief om de kindertuberculose aan de orde te stellen niet alleen in de latente variant van de ziekte, ook de diagnose bij kinderen baarde hem zorgen. Afgezien van primaire infecties in de kindertijd, bleef namelijk ook veel actieve tuberculose in een secundair stadium bij kinderen onopgemerkt. Jonge patiënten hoestten, anders dan volwassenen, doorgaans geen slijm op. Aangetast weefsel bevond zich bij hen meestal in lymfeklieren, botten en gewrichten in plaats van in de longen. Het ging schuil achter klierzwellingen in de nek (scrofulose) of terugkerende koortsen. Wanneer de ziekte evenwel op tijd werd vastgesteld, dan hadden schoolkinderen een grotere kans op genezing dan volwassen patiënten.¹⁶ Die overtuiging stoelde onder meer op ervaringen in het jaar waarin hij in Groningen dienst had gedaan als gemeentelijk schoolarts, voordat de universiteit hem in 1909 tot hoogleraar benoemde. In 1911 was hij een van de eersten die kinderen ‘pirquetteerde’ om besmetting met de bacil vast te stellen. Vier jaar eerder had de Oostenrijkse kinderarts Clemens J. von Pirquet ontdekt dat in een krasje op de huid aangebrachte tuberculine een allergische huidreactie veroorzaakte bij degenen die met de bacil waren besmet. Via deze test stelde Scheltema vast dat zestig procent van de veertienjarigen die de polikliniek van het Groningse kinderziekenhuis bezochten besmet was. In grote steden in het buitenland vonden vakgenoten een nog hogere graad van besmetting, oplopend tot 97 procent van de veertienjarigen in Wenen.¹⁷ Ofschoon de test niets zei over de aard van de ziekte (latent of actief) en geen prognostische waarde had, bevestigde het nieuwe onderzoek de eerdere uitkomsten op basis van obductie en daarmee het belang van de kindertijd als fase waarin

13 G. Scheltema, ‘Kindertuberculose’, *Nederlandsch Maandschrift voor Verloskunde en Vrouwenziekten en voor Kindergeneeskunde* (hierna verder aangehaald als *Nederlandsch Maandschrift*) 1 (1912) 66–73, 161–172, 257–266, 444–451, 514–523, m.n. 71. Van het Zesde Internationale Congres van de Anti-Tuberculose Associatie in 1908 in Washington, waar de latente tuberculose als kinderziekte werd besproken, was in geen van de medische vakbladen in Nederland verslag gedaan.

14 Van Daal & De Knecht-van Eekelen, ‘Over aetiologie’ (n. 3).

15 G. Scheltema, ‘Tuberculose (besmettelijkheid, erfelijkheid) en kindertuberculose’, *Nederlandsch Maandschrift* 4 (1915) 181–185; Idem, ‘Kindertuberculose’ (n. 13). Het idee van een erfelijk bepaalde aanleg voor de ziekte circuleerde tot in de jaren twintig in medische tijdschriften in Nederland. Dat vlees en melk van ziek veen eveneens bronnen van besmetting waren was in 1915 al wel bekend: Abbo-Tilstra, *Om de sūmens* (n. 3).

16 Scheltema, ‘Tuberculose’ (n. 13); idem, ‘Kindertuberculose’ (n. 15); idem, ‘Tuberculeuse besmetting van kinderen’, *Nederlandsch Maandschrift* 3 (1914) 267–271; Idem, ‘Absolute en relatieve tuberculose-prophylaxis’, *Nederlandsch Maandschrift* 6 (1917) 26–36.

17 Scheltema, ‘Kindertuberculose’ (n. 13) 258 en 265.

men de infectie opliep. De schoolleeftijd was beslissend: in elk van de onderzochte steden verdrievoudigde het percentage besmette kinderen tussen het vierde en het dertiende levensjaar.¹⁸

Deze en andere wetenschappelijke ontdekkingen hielpen Scheltema om zijn collegae te overtuigen van de noodzaak om de tuberculosebestrijding bij de jeugd te beginnen. In 1917 besprak men op het jaarlijkse hygiënistencongres een rapport van zijn hand en stemde men in met de aanbevelingen. Hij adviseerde kinderen zoveel mogelijk te scheiden van volwassenen met open longtuberculose, niet door hen langdurig bij besmette volwassenen weg te halen, maar door meer actieve opsporing van zieke ouders en snelle opname in een sanatorium. Profylaxe kon verder worden gerealiseerd door het oprichten van 'herstellingsoord, hospitia, vacatiekolonies, buitenschool, dakschool, etc.' voor kinderen.¹⁹ Het jaar daarop publiceerde een commissie uit de Vereniging voor Kindergeneeskunde, waarvan Scheltema deel uitmaakte, een radicaler plan met het advies aan de regering om een op kinderen gerichte anti-tuberculosecampagne te starten. Volgens deze commissie moest de staat alle particuliere initiatieven op dit vlak steunen en controleren en het voorbeeld volgen van landen als Noorwegen, Denemarken en Spanje, die anti-tuberculose wetgeving hadden ingevoerd met onder meer verplichte registratie en isolatie van lijders aan open longtuberculose. Zuigelingen uit tuberculeuze gezinnen zouden in speciale tehuizen of bij pleeggezinnen op het platteland geplaatst moeten worden. Schoolkinderen met een zwakke gezondheid zouden in diverse instellingen terecht moeten kunnen. Voor zieke kinderen moesten er meer sanatoria en ziekenhuizen komen, terwijl het 'weerstandsvermogen' van bedreigde kinderen, zowel de besmette als de 'nog niet besmette' uit tuberculeuze gezinnen, moest worden versterkt in openluchtscholen, herstellingsoord en vakantiekolonies.²⁰

Zoals elders werd het gevoel van urgentie onder anti-tuberculosestrijders mede ingegeven door een snelle groei van de sterfte door tuberculose tijdens de oorlogsjaren: van 140 op iedere 100.000 inwoners in 1914 tot 203 in 1918.²¹ De oorlogscondities en slinkende voedselvoorraden ondermijnden de gezondheid van de bevolking. Toch liepen de zaken anders dan de kinderartsen hadden voorgesteld. De regering stelde zich uiterst terughoudend op.²² Dat houdt vermoedelijk verband met de politieke dominantie van de confessionelen in het interbellum. Zij vreesden staatszorg voor kinderen. Gevestigde instellingen als de kindervakantiekolonies en de consultatiebureaus voor tuberculoselijders, allemaal vruchten van particulier initiatief, zouden groeien, terwijl nieuwe initiatieven nauwelijks van de grond kwamen. Weldoeners en sociaal hygiënisten hielden vast aan de eerder gekozen aanpak. De enige desiderata van de kinderartsen die daadwerkelijk werden gerealiseerd waren toezicht en subsidie van de rijksoverheid. Daartoe stelde men in 1920 binnen het Staatstoezicht

18 J. Haverschmidt e.a., 'De doelbewuste bestrijding der tuberculose als volksziekte, met de bestrijding der kindertuberculose als noodzakelijk uitgangspunt', *Nederlandsch Maandschrift* 7 (1918) 207–233. Dit betrof onderzoek in Wenen, Praag, Parijs en New York.

19 'Verslag van het twee en twintigste Congres voor Openbare Gezondheidsregeling', *Tijdschrift Voor Sociale Hygiëne* 20 (1918) 4–15, 17–35, 49–59, m.n. 31.

20 Haverschmidt e.a., 'Doelbewuste bestrijding' (n. 18) 220–229.

21 J.H. de Haas, *Kindersterfte in Nederland – Child Mortality in the Netherlands* (Assen 1956) 66.

22 Open tuberculose behoorde zelfs niet tot de ziekten die volgens de nieuwe Wet op de Besmettelijke ziekten (1928) reden waren voor tijdelijke uitsluiting van de school: De Beer, *Witte jassen* (n. 4) 173–177.

op de Volksgezondheid inspecties in voor het toezicht op de hygiëne van het kind en de bestrijding van de tuberculose, die in 1924 werden samengevoegd.²³

Een pionierende schoolarts: Jan Jacob Pigeaud

Vanaf 1904 hebben Nederlandse steden schoolartsen aangesteld om leerlingen in het lager onderwijs via onderzoek naar hun gezondheid en hygiënische voorlichting preventief te beschermen tegen de vele ziekten en aandoeningen die hen op school bedreigden. Invoering van de leerplicht had de zaak op scherp gezet.²⁴ In 1913 hadden alle grote en een paar kleinere steden een of meerdere van dergelijke gemeentelijke functionarissen aangesteld. Openbare scholen vielen automatisch onder het geneeskundig toezicht, bijzondere scholen konden zich er gratis bij aansluiten. Anders dan bijvoorbeeld in Groot-Brittannië kwam echter geen landelijk netwerk van schoolgeneeskundige diensten tot stand, evenmin als wetgeving op dit gebied. Gemeenten die een schoolarts aanstelden deden dat vrijwillig en op eigen gezag. De politieke verhoudingen waren van dien aard dat niemand voorbij kon gaan aan de confessionele bezwaren tegen staatsinmenging in gezinszaken; ‘ouderrechten’ werden in die kring breed gedefinieerd. Zo was de leerplicht in 1900 tegen hun zin aangenomen. Een amendement van de sociaal-democraten dat voorzag in het van gemeentewege verstrekken van schoolvoeding aan arme kinderen die nu werden gedwongen tot schoolbezoek, was kansloos gebleken, omdat liberalen de confessionelen op dit punt hadden gesteund in hun afkeer van staatszorg. Slechts enkele, mede door socialisten bestuurde steden gaven gehoor aan de oproep van schoolartsen om toch voedsel uit te delen aan hongerige schoolkinderen.²⁵ Armenzorg gold nog altijd als een kerkelijke aangelegenheid en inmenging in schoolzaken zagen confessionelen al gauw als een inbreuk op de vrijheid van onderwijs.

Tuberculose was maar een van de ziekten die kinderen op school bedreigden, maar wel de meeste dodelijke. In 1910 was ze verantwoordelijk voor niet minder dan 30 procent van de sterfte van kinderen in de leeftijd van 5 tot 14 jaar en 52 procent van de sterfte van adolescenten van 15 tot 19 jaar, en zij was in beide leeftijdsgroepen de voornaamste afzonderlijke doodsoorzaak.²⁶ Scholen brachten grote aantallen kinderen bijeen in krappe en vaak slecht geventileerde lokalen. Sommige hygiënistena klaagden daarom dat kinderen ‘met tuberkels betalen wat ze aan kennis rijker worden.’²⁷ Een Rotterdams medicus drong in 1906 aan op het benoemen van een schoolarts als ‘een krachtige phalanx [...] in den strijd tegen de tuberculose’.²⁸ Jan Jacob Pigeaud (1862–1942), in dat jaar in Den Haag aangesteld als eerste voltijdse schoolarts, meende zelfs dat tuberculosebestrijding bij de jeugd de belangrijkste taak was van een schoolarts. Ofschoon de lokale instructies verschilden, omvatten alle richtlijnen voor schoolartsen periodieke controle van leerlingen en ventilatie van klaslokalen en, zo nodig, het opsporen van de bron van een besmettelijke ziekte. Pigeaud zelf had een bredere opvatting van zijn taak. Hij zag deze als een ‘medisch-sociale’ missie, waarbij de tuberculose

23 *Overzicht over het sociaal hygiënisch werk in Nederland op het gebied van den dienst der volksgezondheid* (’s-Gravenhage 1932).

24 Fedor de Beer & Nelleke Bakker, ‘De gevaren van het schoolgaan. Over het ontstaan van de schoolgezondheidszorg in Nederland (ca. 1900)’, *Studium* 1 (2008) 210–225.

25 De Beer, *Witte jassen* (n. 4) 229.

26 De Haas, *Kindersterfte* (n. 21) 74.

27 J.Ph. Elias, *De sociale roeping van den schoolarts* (Rotterdam 1906) 7.

28 *Ibidem* 10.

als armeluisziekte 'het sociale' belichaamde.²⁹ Hij onderschreef Scheltema's opvatting dat preventie in de kindertijd de sleutel vormde.

In 1911–1912 werkten de twee samen als leden van een commissie van medische experts van het coördinerende Centraal Genootschap van Kinderherstellings- en Vakantiekolonies dat zomerkampen van een paar weken aan zee of in de bossen voor arme kinderen organiseerde. Sinds het begin, in 1883, hadden lokale filantropische verenigingen dit werk op zich genomen. Intussen was er een natiedekkend netwerk van kinderfilantropie ontstaan. De medische commissie voegde anti-tuberculose activiteiten toe aan de doelstellingen van dit werk. Door de kinderen onder leiding in de buitenlucht te brengen trachtte men hun fysieke weerstand en hygiënische beschaving te bevorderen, naast orde, netheid en beleefdheid.³⁰ Naast de zomerkampen voor 'zwakke' kinderen waren volgens de commissie twee andere voorzieningen nodig: huizen waar 'zwakkere' kinderen onder medisch toezicht wat langer konden herstellen en tuberculoseziekenhuizen voor kinderen die niet ziek genoeg waren voor een sanatorium maar wel opname behoefden.³¹

Dit plan is niet uitgevoerd, met dien verstande dat na de oorlog de leiding over de zomerkampen van onderwijzers overging in handen van verpleegsters en de koloniehuisen het hele jaar door groepen kinderen gingen ontvangen. Het voor het 'zwakkere' kind voorziene model werd daarmee regel, maar zonder onderwijs, want een verblijf van slechts vijf weken werd de standaard. De regering subsidieerde deze 'winterverpleging'.³² De oprichting van afzonderlijke herstellingsoordren werd hierdoor feitelijk onnodig. Die zijn dan ook nauwelijks tot stand gekomen. Wel zijn er door toedoen van de stedelijke verenigingen die de tuberculosebureaus leidden nog enkele kindersanatoria bij gekomen – er waren er zes in 1927 – maar die vielen organisatorisch buiten de kinderuitzending. Al deze instellingen deelden in de royale subsidie die de regering na de Eerste Wereldoorlog beschikbaar stelde om de toegenomen tuberculosesterfte te bestrijden.³³ Die creëerde ook de basis voor eigen confessionele verenigingen voor kinderuitzending.

Pigeaud was waarschijnlijk in de commissie gevraagd op grond van zijn persoonlijke ervaring met kinderwelzijn. Sinds zijn aanstelling als schoolarts had hij 's zomers honderden scrofuleuze kinderen naar buiten gestuurd. Familie en geselecteerde boerengezinnen namen hen voor maximaal tien weken in huis. De kosten waren gering, niet meer dan drie gulden per week per kind, tegen ruim het dubbele in een koloniehuis. De Haagse armenzorg steunde het werk, trein- en busmaatschappijen boden een gereduceerd tarief aan kinderen en hun begeleidsters en zo nodig haalde Pigeaud zelf het ontbrekende geld op. Inspiratie ontleende hij aan het Deense voorbeeld, waar boeren iedere zomer zo'n 13.000 kinderen uit Kopenhagen gratis ontvingen.³⁴

29 J.J. Pigeaud, 'Tuberculosebestrijding in de jeugd', *Nederlandsch Maandschrift* 2 (1913) 405–428.

30 A.C. Bos, *Gezondheids-kolonies* (Egmond aan Zee 1899) 100–106; H. van der Meij, *Gezondheids- en vakantiekoloniën in Nederland* (Zwolle 1908) 64–74.

31 Pigeaud, 'Tuberculosebestrijding' (n. 29) 409–410.

32 In 1930 ontvingen 52 huizen subsidie van de regering, waarvan 16 een confessioneel karakter hadden. Zie: R.N.M. Eijkel, 'Verslag over het jaar 1930 van de Inspectie voor de hygiëne van het kind, de tuberculosebestrijding en de bestrijding van de geslachtsziekten', *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid* (hierna verder aangehaald als *Verslagen en Mededeelingen*) (1931) 957–1144, m.n. 1025–1027.

33 Hueting & Dessing, *Tuberculose* (n. 3) 38–44. Tussen 1918 en 1922 nam deze steun toe met 400%.

34 Pigeaud, 'Tuberculosebestrijding' (n. 29) 412, 420; J.J. Pigeaud, 'Haagsche schoolartsbemoeiingen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (hierna verder *NTvG*) 54 (1910) IIB, 1476–1493, m.n. 1486.

Evenals de filantropische verenigingen die de koloniehuzen exploiteerden, rapporteerde Pigeaud in termen van gewichtstoename en lengtegroei van ieder afzonderlijk kind.³⁵ Maar, anders dan de filantropen, vermeldde hij geen seizoensgemiddelden. Als arts wist hij dat kinderen met sprongen groeien. Het rapporteren in cijfers was een traditie die omstreeks 1900 was ontstaan om tegenover weldoeners verantwoording af te leggen over het effect van de uitzending naar zomerkampen. Het berekenen van gemiddelden was een vrucht van de administratieve ijver van damescomités en van rivaliteit tussen lokale verenigingen.³⁶ Deze meet- en weegcultuur groeide naarmate artsen meer invloed kregen.

Het meten van gewichtstoename werd ook gebruikt om de effecten van verschillende vormen van kindervelzijn met elkaar te vergelijken. Zo zouden de Duitse *Ferienkolonien* op het platteland succesvoller zijn dan de dagvoorzieningen aan de rand van de stad, de *Stadtkolonien*.³⁷ Stadskolonies of dagsanatoria kwamen voort uit het anti-tuberculose werk voor volwassenen. Men kon immers niet iedereen opnemen in een sanatorium. Wanneer er kinderen werden verpleegd in een stadskolonie, kon de instelling uitgroeien tot een buitenschool. Dat was het geval in Den Haag, waar een duinpan beschutting bood aan een barak, waar dagelijks kinderen per tram heen werden vervoerd. Pigeaud werd de drijvende kracht achter deze Stads-gezondheidskolonie, waaruit dankzij een gepensioneerd schoolmeester de Eerste Nederlandsche Buitenschool ontstond. De bekende *Waldschule* uit Charlottenburg, opgericht in 1904, strekte tot voorbeeld. In de herfst van 1916 werd 'winterverpleging' toegevoegd aan het zomerprogramma. Door Pigeaud verzamelde data omtrent gewicht, lengte, borstomvang en hemoglobinegehalte, inclusief seizoensvariatie, moesten het nut van de buitenschool ook in herfst en winter aantonen.³⁸

De schoolarts: spil in de preventie

De Staatscommissie die in 1918 was ingesteld naar aanleiding van de toegenomen tuberculosesterfte publiceerde in 1922 een rapport met aanbevelingen voor de toekomst van de anti-tuberculosecampagne. Kinderen kregen daarin opvallend weinig aandacht. Slechts twee van de 27 commissieleden waren kinderarts, onder wie Scheltema. De commissie wees de gemeentelijke schoolartsen niettemin een belangrijke rol toe in dit verband. Er moesten veel meer schoolartsen komen en zij dienden maatregelen te treffen om de fysieke weerstand van kinderen te verbeteren en systematisch 'tuberculeuse, pretuberculeuse en zwakke kinderen' op te sporen om ze naar gezondheidskolonies en buitenscholen te kunnen zenden. Uitbreiding van hun instructie met medisch onderzoek en inspectie van het schoolpersoneel was gewenst. Ook zag de commissie graag verplichte (her)keuring van ambtenaren en personen die met kinderen werkten. Verder wees zij de overheid weinig taken toe en voor een algemene tuberculosewet voelde zij weinig. Het particulier initiatief diende ook in de toekomst het werk te leiden. Hygiënische propaganda en voorlichting, zoals door de schoolarts, moesten worden geïntensiveerd en het tekort aan sanatoriumbedden opgelost. Voor baby's diende de zorg via consultatiebureaus voor zuigelingen te worden uitgebreid. Van het scheiden van moeder en kind, zoals in Frankrijk gebeurde, kon – ofschoon 'theoretisch

35 Pigeaud, 'Tuberculosebestrijding' (n. 29) 416–418.

36 Van der Meij, *Gezondheids- en vacantiëkoloniën* (n. 30) 65–66.

37 Bos, *Gezondheidskolonies* (n. 30) 86.

38 Pigeaud, 'Tuberculosebestrijding' (n. 29) 426; J.J. Pigeaud & R.P. van de Kastele, 'De eerste winterverpleging in de Haagsche Buitenschool', *Pais* 1 (1917) 103–105.

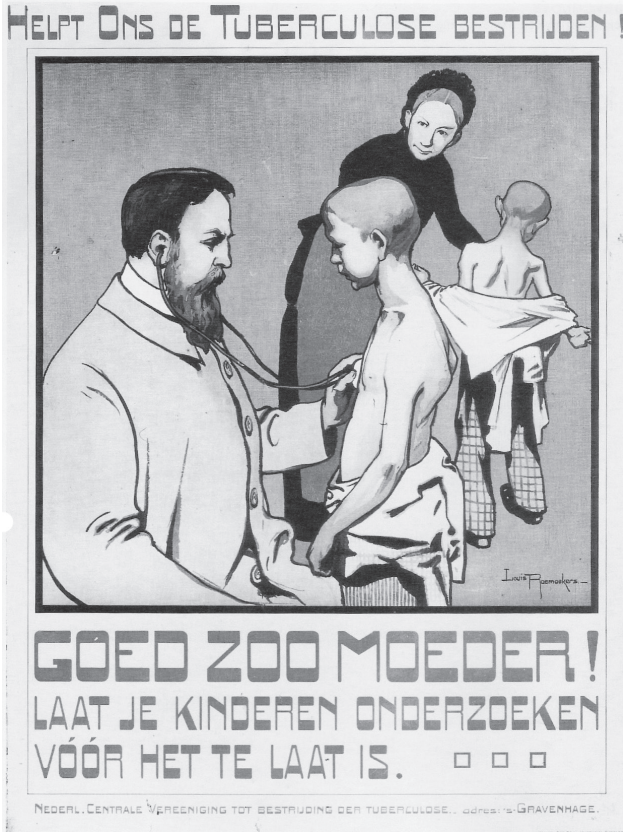


Fig. 1: Voorlichtingsaffiche in het kader van tuberculosebestrijding (ca. 1920).

zeer mooi' – geen sprake zijn. Kleuters konden baat hebben bij speciale 'dagkolonies' in het zomerseizoen, waarvan de eerste niet lang daarvoor in Scheveningen van start was gegaan.³⁹

In weerwil van dit advies, bleef het geneeskundig onderzoek van leerlingen door de schoolartsen beperkt tot de eerste en de laatste klas en soms één daartussen. Speciale aandacht ging alleen uit naar ziekelijke kinderen die veel verzuimden. Verdachte gevallen werden doorverwezen naar de particuliere consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding, waar gespecialiseerde artsen het kind nader onderzochten. Pirquetteren en hertesten was hun centrale taak. Vanaf 1926 kon bovendien een diagnostische röntgenopname worden gemaakt. Deze gaf uitsluitsel over de status van de ziekte, of ze actief was of niet. Weinig schoolartsen testten hele schoolpopulaties en weinig deskundigen adviseerden daartoe.⁴⁰ Pigeauds opvolgster in Den Haag, Anne Maria Furstner-Risselada, was een van hen. Zij introduceerde de *screening* van alle nieuwe Haagse schoolkinderen, om bij een slechte

39 W. Roëll e.a., *Verslag van de Staatscommissie ingesteld bij KB van 3 July 1918 no. 25 tot voorlichting over wettelijke maatregelen tot bestrijding van de tuberculose en over de beste wijze van bestrijding dier ziekte* ('s-Gravenhage 1922) 50, 57–63, 143–151.

40 Bijvoorbeeld: E. Gorter, 'Over de bescherming van het kind tegen tuberculose', *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 27 (1925) 226–237.

gezondheid tuberculose in ieder geval te kunnen uitsluiten.⁴¹ Een van de in 1920 nieuw benoemde inspecteurs voor kinderhygiëne, Christine Bader, was echter van mening dat dergelijk massaonderzoek alleen maar 'veel nodelooze onrust' opleverde, aangezien de test geen informatie gaf over de conditie van het kind of de kans dat het daadwerkelijk ziek zou worden.⁴² De schaal waarop hele schoolpopulaties werden getest is desondanks toegenomen, vooral in de jaren dertig. Na de oorlog werd het zelfs een algemene praktijk.⁴³ Het percentage schoolkinderen met een positieve testuitslag, de tuberculine-index, nam echter snel af. In Groningen daalde die bijvoorbeeld van 65 procent van alle elfjarige scholieren in 1915 naar 14 procent van alle vierdeklassers (tien- en elfjarigen) in 1937.⁴⁴ Hetzelfde geldt voor het aantal tuberculosedoden. Tussen 1920 en 1930 daalde dit cijfer van 147 naar 74 per 100.000 Nederlanders. Voor schoolkinderen brachten de jaren twintig een nog snellere daling: van 66 naar 28 per 100.000 kinderen van vijf tot veertien jaar. Tot 1940 daalden deze cijfers verder tot respectievelijk 44 en 13.⁴⁵ Verbeterde voeding en huisvesting, voorlichting over voeding en hygiëne, een snellere isolatie van besmettelijke patiënten in sanatoria, melkpasteurisatie en het tuberculosevrij maken van het vee⁴⁶ lijken hiervan de voornaamste oorzaken.⁴⁷

Ondanks het advies van de regeringscommissie werden geen maatregelen getroffen om tuberculeuze leerkrachten van de scholen te weren. Schoolbesturen stonden machteloos wanneer ze werden geconfronteerd met een tuberkelbacillen rondhoestende onderwijzer(es). Geleidelijk versmalde het debat over kinderen en tuberculose tot dit enkele punt. Voorstanders van overheidsingrijpen noemden het voorbeeld van Engeland, waar voor een onderwijzersaanstelling een gezondheidscertificaat werd geëist, of Denemarken en België, waar leerkrachten met open longtuberculose uit de school werden verwijderd met een pensioen of een uitkering en de plicht zich te laten behandelen.⁴⁸ Een serie school-epidemieën in 1933–1934, veroorzaakt door onderwijzers, overtuigde de regering ten slotte van de noodzaak schoolkinderen via wetgeving te beschermen. Vanaf 1935 moest iedere nieuwe onderwijsmedewerk(st)er een gezondheidsverklaring op basis van recent röntgenonderzoek kunnen tonen en schoolartsen kregen het recht om op verzoek van de school een onderwijzer(es) te onderzoeken. Periodiek heronderzoek, zoals door medische experts bepleit, was vanwege de hoge kosten niet in de wet opgenomen.⁴⁹ De gezondheidsverklaring is de enige wettelijke maatregel gebleven.

De door confessionelen gedomineerde regering beperkte zich tot het subsidiëren van het particulier initiatief, zoals de consultatiebureaus voor tuberculoselijders. Zij distribueerden

41 A.M. Furstner-Risselada, 'Tuberculine-testing volgens Von Pirquet bij schoolkinderen', *Sociaal-Medisch Maandschrift* 1 (1921) 137–140.

42 Chr. Bader, 'De uitbreiding der tuberculose-infectie onder de Greifswalder schoolkinderen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 2 (1923) 77–78.

43 De Beer, *Witte jassen* (n. 4) 183–193.

44 C.H. van H., 'Verslagen van schoolartsendiensten 1937', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 18 (1939) 48.

45 De Haas, *Kindersterfte* (n. 21) 66.

46 Abbo-Tilstra, *Om de sánens* (n. 3).

47 J.H. de Haas, 'De snelle daling van kinder-tuberculose', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 33 (1955) 29–49. Deze auteur noemt naast deze factoren ook de intensievere bestrijding bij de mens, o.a. via bevolkingsonderzoek, als factor.

48 J.A. Putto, 'Tuberculeuse onderwijzer en overheidsplicht', *Tijdschrift Voor Sociale Hygiëne* 28 (1926) 2–14.

49 R.N.M. Eijkel, 'De wet tot bescherming van leerlingen tegen de gevolgen van besmettelijke ziekten van personeel van inrichtingen van onderwijs', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 79 (1935) IV, 1132–1136.

allerhande hygiënisch propagandamateriaal. Posters, pamfletten, brochures, populaire boekjes en films verspreidden het evangelie van zonlicht en frisse lucht en waarschuwden tegen ongezonde leefomstandigheden en gewoonten, zoals donkere en vochtige woningen, vuil beddengoed, samen slapen in een bedstee, spugen, hoesten zonder afdekken met de hand en kussen op de mond, ook tussen ouders en kinderen.⁵⁰ Zusters van de bureaus legden huisbezoeken af bij tuberculeuze gezinnen en gaven hygiënisch advies, vooral over het belang van het veelvuldig luchten van kamers. Zo nodig zorgde het bureau voor opname in een sanatorium. Vanaf 1926 verstrekten de bureaus ook BCG-vaccinaties aan zuigelingen in tuberculeuze gezinnen. Mede door deze activiteiten groeide het bewustzijn van de gevaren van de ziekte snel. Tussen 1926 en 1935 verdubbelde het aantal nieuwe aanmeldingen bij de bureaus. Meer dan veertig procent daarvan waren kinderen.⁵¹ Naast de schoolartsen waren nu ook onderwijzers en ouders alert op verdachte symptomen en lieten ze een kind graag testen en, bij een positieve uitslag, met röntgen doorlichten. Die gretigheid kunnen we afleiden uit het feit dat het percentage negatief geteste, dus niet met de bacil besmette, kinderen tussen 1931 en 1935 toenam van zeventig naar 79 procent. In het laatste jaar leed van alle nieuw aangemelde kinderen slechts 14 procent aan actieve tuberculose.⁵² Naarmate het risico kleiner werd, groeide dus de bezorgdheid en intensiveerden het medisch testen en het toezicht.

Openluchtscholen

Openluchtscholen hebben zich vanaf het begin van de twintigste eeuw overal in de Westerse wereld ontwikkeld. Op het platteland verschenen residentiële openluchtscholen en in de bossen nabij steden stichtte men dagscholen voor de zomermaanden. Zuivere boslucht moest de ‘slechte’ stadslucht compenseren. In de Verenigde Staten bouwde men wel openluchtscholen op de daken van hoge gebouwen of op een ferryboot. In de jaren twintig werd buitenonderwijs in alle seizoenen regel en maakten houten barakken plaats voor halfopen stenen gebouwen. Men koos nu vaak voor een stadspark als locatie, zodat vervoer van de kinderen niet nodig was. Deze scholen trachtten het aantal uren dat buiten les werd gegeven te maximaliseren. Gedurende grote delen van het jaar moesten daarom dekens en capes de kinderen warm houden. Frisse lucht, stevig voedsel en een minder veeleisend rooster werden geacht de gezondheid van ‘pretuberculeuze’ kinderen te bevorderen.⁵³ Al deze scholen streefden ernaar de weerstand van hun leerlingen te verhogen door een ‘double ration d’air, double ration d’alimentation et demie ration de travail’.⁵⁴ Deze slogan nam een vooraanstaand Nederlands schoolhygiënist in 1922 mee van het Eerste Internationale Congres voor Openluchtscholen in Parijs.

Ofschoon deze arts in Parijs weinig had kunnen melden over openluchtonderwijs in eigen land, bestond er toch wel enige belangstelling voor. In 1917 hadden drie Amsterdamse

50 Hueting & Dessing, *Tuberculose* (n. 3) 63–69.

51 R.N.M. Eijkel, ‘Verslag over het jaar 1935 van den Geneeskundigen Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid’, *Verslagen en Mededeelingen* (1937), 553–709, m.n. 627–628.

52 Ibidem 628.

53 Châtelet e.a. (eds.) *L’école de plein air* (n. 1); Meckel, ‘Open-air schools’ (n. 1); R. Hoogland, *Openluchtscholen* (Amsterdam [1925]) 39–47.

54 D.w.z. ‘een dubbele portie lucht, een dubbele portie voeding en een halve portie werk’. Zie: A. van Voorthuijsen, ‘Indrukken van het Eerste Internationale Congres voor Openluchtscholen, gehouden te Parijs van 24–27 juni’, *NTvG* 66 (1922) IIA, 285–288, m.n. 288. A. van Voorthuijsen was van 1910 tot 1920 schoolarts te Groningen, om daarna aan te treden als eerste inspecteur van het buitengewoon onderwijs. Zie voor hem nader: De Beer & Bakker, ‘De gevaren’ (n. 24).

schoolartsen een advies aan de gemeenteraad uitgebracht, waarin zij erop aandrongen openluchtscholen op te richten. Volgens hen diende elk van de in het buitenland beproefde modellen te worden ontwikkeld: een internaat naar Frans en Belgisch voorbeeld, enkele dagscholen naar het Duitse voorbeeld en een aantal openlucht klassen in navolging van de Amerikaanse praktijk. Naar hun oordeel had negen procent van de Amsterdamse schoolkinderen – zo'n 5.000 – openlucht onderwijs nodig, 'de groote massa der zwakken [...] die voor ziekenhuisbehandeling niet in aanmerking komt, maar ook niet op de gewone school op haar plaats is'.⁵⁵ Met dit rapport is niets gedaan, mogelijk vanwege de sociale onrust in 1918 en wellicht ook omdat men de op handen zijnde oplossing van de schoolstrijd liever afwachtte. Intussen vormden zich wel, zoals in Amsterdam, lokale verenigingen van onderwijzers die zich sterk maakten voor de ontwikkeling van openluchtonderwijs voor kinderen uit de 'tussengroep tussen de zieke aan de ene kant en de normale aan de andere kant'.⁵⁶

In dit klimaat was de verschijning van het rapport van de Staatscommissie over de toekomst van de anti-tuberculosecampagne een teleurstelling. Het op grote schaal oprichten van openluchtscholen kon, volgens haar, de hygiëne in gewone scholen in gevaar brengen. In een minderheidsnota van enkele commissieleden erkende men evenwel dat de buitenschool een belangrijk middel kon zijn om tuberculose bij kinderen te bestrijden. Dagscholen voor met tuberculose bedreigde kinderen dienden, volgens deze nota, in de nabijheid van steden te worden gebouwd, zodat de kinderen er gemakkelijk heen konden worden gebracht.⁵⁷ Pigeauds Buitenschool, gelegen in de duinen, figureerde als voorbeeld. Om de toewijding aan de gezondheid van de leerlingen te ondersteunen citeerde men uit het jaarverslag over 1917, toen tussen mei en september niet minder dan 89 procent van de lessen buiten was gegeven, en uit dat over 1918, 'een heel nat jaar', toen toch nog vijftig procent van de lessen in een beschutte duinpan had plaatsgevonden. 'Regen en mist', zo lezen we in de nota, 'zijn de groote beletselen voor het verblijf in de buitenlucht'.⁵⁸

De ontwikkeling van openluchtscholen ondervond ook andere tegenwerking dan die van het klimaat. De wetgeving bood geen enkel houvast. De Lager Onderwijswet van 1920 eiste een minimum van 22 wekelijkse lessen om voor volledige subsidie in aanmerking te komen. Internaten kende de wet niet. Het Bouwbesluit volgde pas in 1924, zodat de bouw van openluchtscholen niet eerder dan vanaf 1925 op gang kon komen. Verenigingen van onderwijzers en artsen of de gemeenten zelf exploiteerden de scholen. Ondanks herhaald aandringen werden ze niet erkend als vorm van buitengewoon onderwijs, waardoor ruimte om te experimenteren en extra geld uitbleven. De enige scholen die wel kleinere klassen konden vormen waren onderwijsvoorzieningen verbonden aan medisch-filantropische instellingen zoals sanatoria. Slechts zeven daarvan erkende de Inspectie voor de Kinderhygiëne begin jaren twintig als 'buitenscholen'. Daaronder waren twee dagscholen, die in Den Haag en een school in Katwijk voor Leidse kinderen met een positieve Pirquet-uitslag.⁵⁹

Schoolartsen, verantwoordelijk voor de selectie van kinderen, waren groot voorstanders van openluchtscholen. Het hoofd van de Utrechtse Schoolartsendienst was bijvoorbeeld

55 J. Lubsen, 'Openluchtscholen', *Pais* 2 (1918) 37–45, m.n. 41.

56 Hoogland, *Openluchtscholen* (n. 53) 21.

57 Roëll, *Verslag* (n. 39) 62, 265.

58 *Ibidem* 266.

59 Daarnaast ging het om twee scholen verbonden aan een herstellingsoord van het Centraal Genootschap, waar kinderen minstens twee maanden verbleven, en drie sanatoriumscholen, Vgl. Broekhuizen, *Openluchtscholen* (n. 4) 18–28.



Fig. 2: Winterles aan de Haagse Buitenschool (ca. 1920).

van mening dat zo'n 15 procent van de schooljeugd een langdurige verpleging nodig had in een openluchtschool met een aangepast onderwijsprogramma dat niet meer dan 3,5 lesuren per dag en veel rust omvatte. Een paar weken verpleging in een gezondheidskolonie was volgens hem niet meer dan 'een lapmiddel' in vergelijking met de langdurige invloed 'van de zuivere, gezonde buitenlucht, van een krachtige voeding en van een harmonische verzorging van lichaam en geest' in een openluchtschool, zo meende hij.⁶⁰ Wat voor gezondheidswinst een paar weken op het platteland ook mochten brengen, die zou zeker vervliegen zodra een kind weer thuis kwam, waarschuwde hij. Openluchtscholen golden als veilige haven voor ziekelijke kinderen die vaak de school verzuimden en niet opknapten van een verblijf in een gezondheidskolonie.

De Amsterdamse schoolartsen moesten, zoals elders, tot 1925 wachten voordat daar een openluchtdagschool van start kon gaan. Behalve fysieke vooruitgang verwachtten zij ook leerwinst. Buitenlandse experimenten hadden aangetoond dat een geringer verzuim en kleinere klassen de kortere lestijd ruimschoots compenseerden, legde een van hen uit. Daarnaast roemde hij 'de betere manieren, de grooter ordelijkheid, zindelijkheid', die de leerlingen hopelijk thuis zouden uitdragen.⁶¹ Geleidelijk echter sloten de schoolartsen zich aan bij hygiënisten die erop aandrongen dat alle scholen 'gezondheidsscholen' zouden worden of een deel van de lessen buiten zouden geven. Speciale scholen voor een kleine groep kinderen leek dezen een minder rechtvaardige oplossing.⁶² Niettemin kwamen tussen 1925 en 1937 in Nederland 44 nieuwe openluchtscholen tot stand, waarvan er 23 waren bedoeld voor gezonde in plaats van zieke of zwakke kinderen. De Amsterdamse Clioschool, beroemd om haar modernistische architectuur, is hier een voorbeeld van. De opening van dit 'glazen

60 J.H.G. Carstens, 'Onderwijs in de open lucht', *Pais* 2 (1918) 177–185, m.n. 180.

61 Lubsen, 'Openluchtscholen' (n. 55) 42.

62 L. Leopold, 'Open-lucht-hygiëne', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 6 (1928) 127–134; L. Heijermans, 'Openlucht- of gezondheidsscholen', *Sociaal-Medisch Maandschrift* 2 (1922) 128–129.

paleis' in 1930 in het welvarende Zuid markeert het losbreken van de openluchtschool uit de anti-tuberculosecampagne.⁶³

Scheltema steunde het concept van een aparte openluchtschool. Andere kinderartsen toonden meer reserves en waren voorstanders van permanente medische controle in een internaat, om zeker te zijn 'dat het goede, dat men overdag met zon en licht en voeding bereikt, niet door de besmetting 's avonds weer te niet wordt gedaan'.⁶⁴ De kinderarts die in 1916 toetrad tot de staf van de Haagse Buitenschool en het onderzoek en meetwerk van Pigeaud overnam, had om die reden graag een internaat willen openen, een verzoek waar de stad nooit op in is gegaan. Hij meende dat de ouders de door staf en bestuur gedragen beschavingsmissie van de school frustrerden.⁶⁵ Steden die een openluchtschool openden werden door het rijk overigens niet gecompenseerd voor de hogere salariskosten van een door rusttijden langere schooldag en evenmin voor de eenvoudige maaltijden die ze verstrekten. Die kwamen voor rekening van filantropische verenigingen, zoals die voor gezondheidskolonies of tuberculosebestrijding.⁶⁶ Onder deze omstandigheden waren internaten geen realistische optie.

Kinderuitzending

Voor de tussencategorie van 'zwakke' kinderen die de openluchtscholen hadden moeten bevolken, niet ziek genoeg voor opname in een sanatorium en niet gezond genoeg om gewoon school te gaan, werd intussen wel gezorgd. Dat deden lokale filantropische verenigingen die kinderen uitzonden naar gezondheidskolonies of boerengezinnen. Scheltema had zich er al zijn hele carrière sterk voor gemaakt; 'eene frissche omgeving en goede voeding' hielpen volgens hem een kind met een aangetaste weerstand beschermen tegen ziekten als tuberculose.⁶⁷ In het interbellum werden grote, snel groeiende aantallen bleke en magere schoolkinderen naar koloniehuzen uitgezonden: zo'n 13.000 in 1925⁶⁸ en meer dan 20.000 in 1932, wat neerkwam op 1,7 procent van alle schoolkinderen. Amsterdam ging aan kop met acht procent van haar schoolbevolking in 1932.⁶⁹ Alle steden steunden dit werk financieel. Het rijk verstreekte daarnaast in 1930 subsidie aan niet minder dan 52 huizen met in totaal meer dan 5.000 bedden.⁷⁰ Ter vergelijking: in 1932 waren er 880 sanatoriumbedden beschikbaar voor tuberculeuze kinderen en waren 356 kinderen op een erkende buitenschool geplaatst.⁷¹

Elk van de commissies die de regering had geadviseerd inzake de bestrijding van tuberculose bij kinderen had de kolonies een belangrijke rol toebedacht bij het voorkomen dat besmette kinderen door een slechte conditie ziek zouden worden. Binnen het werk van de uitzendende verenigingen speelde de tuberculose aanvankelijk slechts een rol op

63 Broekhuizen, *Openluchtscholen*, (n. 4) 69–145.

64 E. Gorter, 'Het buitenschoolvraagstuk', *Tijdschrift Voor Sociale Hygiëne* 31 (1929) 116–122, m.n. 118.

65 Van de Kastele, geciteerd, in: C.D. Eisma, *De Eerste Nederlandse Buitenschool: school achter de duinen* (Den Haag 1999) 29–30.

66 Broekhuizen, *Openluchtscholen* (n. 4) 109.

67 G. Scheltema, *Gezondheidskoloniën voor kinderen* (Doetinchem 1907) 11.

68 R.N.M. Eijkel, 'Verslag over het jaar 1925 van de Inspectie voor de hygiëne van het kind en de tuberculosebestrijding', *Verslagen en Mededeelingen* (1926) 1393–1574, m.n. 1419.

69 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', *Verslagen en Mededeelingen* (1934) 687–933, m.n. 718.

70 Eijkel, 'Verslag over het jaar 1930' (n. 32) 1025–1027.

71 Eijkel, 'Verslag over het jaar 1932' (n. 69) 720–721.



Fig. 3: Gymnastiek in de kolonie te Fluitenberg (1937).

de achtergrond. De ziekte zette aan tot het steeds herhalen van de waarschuwing dat voor uitzending geselecteerde kinderen beslist medisch moesten worden onderzocht voordat ze aan hun kuur van zon en frisse lucht konden beginnen. Infecties hoopte men zo buiten de deur te houden. Schoolartsen werden daardoor als vanzelf de selectieautoriteiten. Zij wogen, maten en onderzochten elk kind voor vertrek en na terugkeer. Zo creëerden zij indrukwekkende antropometrische datasets.⁷² Bij verdenking van een besmetting of erger verwezen zij een kind naar een consultatiebureau voor tuberculoselijders. Het testen van alle kandidaten werd echter bewust vermeden om te voorkomen dat ouders de kolonies met de gevreesde ziekte zouden associëren.⁷³

Een expliciete verbinding tussen de gezondheidskolonies en de anti-tuberculose-campagne kwam niettemin tot stand. De groei van het aantal tuberculoseslachtoffers tijdens de Eerste Wereldoorlog was voor de rijksoverheid aanleiding de uitzendende verenigingen te stimuleren om ook ‘winterverpleging’ op te zetten. Aan het weghalen van kinderen uit een donkere of vochtige kelderwoning om van frisse lucht en zon te genieten in maanden waarin die weinig scheen, schreven de propagandisten een dubbele gezondheidswinst toe.⁷⁴ Winterverpleging zou ook de afweer tegen tuberculose verhogen. Medische inspectie bleek het logisch gevolg van de hiervoor sinds 1921 ontvangen rijkssubsidie. Deze inspectie zette weer aan tot verdere medicalisering van behandeling (‘verpleging’) en selectie van kandidaten. Schoolartsen keurden de kinderen voor uitzending en in de kolonies kreeg medisch geschoold personeel de leiding over de bleekneusjes die nu het hele jaar door in groepen kwamen kuren. Het toezicht op hun gezondheid kwam in handen van ‘kolonieartsen’, die de huizen frequent bezochten. Zij richtten zich, in de traditie van Pigeaud, op het registreren van toenames in gewicht, lengte, borstomvang en hemoglobinegehalte. Bij onvoldoende vooruitgang moest een kind nog een periode blijven. Het meten en wegen werd in zekere

72 J. Lubsen, ‘Gezinsverpleging voor zwakke kinderen’, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 3 (1925) 174; C.L. Deyll, ‘Een onderzoek naar de resultaten der kolonieverpleging’, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 4 (1926) 9–18.

73 R.N.M. Eijkel e.a., ‘Rapport uitgebracht aan de Commissie voor de Kinderuitzending uit den Gezondheidsraad...’, *Verslagen en Mededeelingen* (1926) 399–432, m.n. 428.

74 Th. Thijssen, ‘Winterverpleging’, *School en Huis* 1 (1921/22) 625–629, 641–645; A.C. Bos, ‘Aan de ouders van zwakke kinderen’, *School en Huis* 7 (1927/28) 48; E. Gorter, ‘Over de uitzending naar vakantiekolonies’, *Tijdschrift Voor Sociale Hygiëne* 28 (1926) 225–231, 253–259, 293–298, 329–334.

zin hun reden van bestaan, aangezien meetbare resultaten privaat en publiek geld moesten blijven aantrekken.

Medische controle inspireerde bovendien kritiek op door onderwijzers gehanteerde, niet medische selectiecriteria. Dit leidde in 1925 tot instelling door de Gezondheidsraad van een commissie van deskundigen die de kwaliteit en effectiviteit van de kolonies moest onderzoeken. Twee hoogleraren kindergeneeskunde, Scheltema en zijn Leidse collega E. Gorter, startten een grootschalig onderzoek. Zij ontdekten vele tekorten. Volgens hun rapport was zo'n twintig procent van de kinderen ten onrechte geselecteerd. Soms waren ze te ziek of konden ze anderen in gevaar brengen, zoals bij open longtuberculose, maar vaker bleken ze te gezond, aangezien geen gezondheidsproblemen konden worden ontdekt. Kinderen moesten daarom, zo luidde hun aanbeveling, voor vertrek voortaan tweemaal door een arts worden onderzocht, terwijl redenen van uitzending officieel werden beperkt tot zuiver medische, te weten preventie van tuberculose in het geval van een lijder in de familie, herstel na een ziekte en 'zwakte' veroorzaakt door terugkerende infecties, ondervoeding of 'nervositas'.⁷⁵ Hun aanbevelingen zijn onverkort overgenomen. Dat neemt niet weg dat kinderen vooral geselecteerd bleven worden op basis van de meest vage categorieën, met name lichamelijke 'zwakte' (vijftig procent) en 'nervositas' (tien procent), terwijl slechts weinig kinderen (vijf procent) uit tuberculeuze gezinnen kwamen en vrijwel niemand van tuberculose hoefde te herstellen (0,5 procent). Deze cijfers hebben betrekking op de kinderen die in 1931 in een gezondheidskolonie zijn verpleegd.⁷⁶ Ook in 1938 kwam slechts vier procent van de uitgezonden kinderen uit een tuberculeus gezin en hoefde maar één procent van die ziekte te genezen.⁷⁷

'Zwakte' als diagnose werd het instrument van schoolartsen en filantropen die arme en kwetsbare kinderen een paar weken onbezorgd spel en beweging in de zon, gymnastiek in de buitenlucht, drie voedzame maaltijden per dag en, bovenal, netheid en een indringende hygiënische opvoeding wilden laten ondervinden. In de late jaren dertig, toen de tuberculosedreiging voor kinderen door een sterk verbeterde voedingssituatie⁷⁸ snel afnam, tekenden deskundigen bezwaar aan tegen het gebruik van deze diagnose om niet-medische motieven te verhullen. Sommige schoolartsen gaven ronduit toe dat ze dit deden. Schokkender was de ontdekking dat ook niet geïdentificeerde tuberculoselijders naar kolonies waren gezonden. Veel uitgezonden kinderen, zo bleek uit onderzoek, waren noch Pirquet-getest noch doorgelicht. Er waren kinderen met actieve tuberculose uitgezonden en een klein aantal was zelfs na het verblijf overleden. Gymnastiek was niet voor iedereen gezond. Een medisch promovendus rekende uit dat niet minder dan één op elke 250 kinderen die naar een kolonie werden gezonden aan actieve tuberculose leed zonder dat dat was opgemerkt.⁷⁹ Sociaal geneeskundigen adviseerden daarom nu het standaard 'pirquetten' van de geselecteerde kinderen en röntgenonderzoek bij kinderen met een positieve reactie, een advies dat de

75 Eijkel e.a., 'Rapport' (n. 73) 404–421.

76 R.N.M. Eijkel, 'Verslag over het jaar 1931 van de Inspectie voor de hygiëne van het kind, de tuberculosebestrijding en de bestrijding van geslachtsziekten', *Verslagen en Mededeelingen* (1933) 1–231, m.n. 58–59.

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

78 A. Schuckink Kool, 'Over den voedingstoestand van schoolkinderen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 14 (1936) 243–247.

79 Mettrop, *De kinderuitzending* (n. 77) 93; J. Bos, *Kindervakantiekolonie en tuberculose* (Amsterdam 1938).

uitzending verenigingen wegwimpelden omdat het 'omslachtige en kostbare maatregelen' zouden zijn.⁸⁰

Met de medicalisering bleef de kinderuitzending ook een sociaal disciplinerings- en hygiëniseringsproject. De school- en kolonieartsen mochten zich dan richten op meetbare gezondheidseffecten, de filantropen die het werk organiseerden zijn nooit opgehouden ernaar te streven de kinderen 'beschaafd' gedrag bij te brengen. Dit wordt ondersteunt door de steeds negatievere houding tegenover de gezinsverpleging op het platteland. De filantropen en hun medische inspecteurs begonnen tijdens het interbellum te klagen over het gebrek aan hygiënische kennis van de ontvangende boeren en het ontbreken van medisch toezicht op de daar verpleegde kinderen. Belangrijker nog waren bezwaren tegen het lage niveau van hygiënische 'beschaving' ten plattelande. Boerengezinnen namen veelal geen 'moderne' hygiënische regels in acht, zoals het ventileren van slaapkamers, en ze hielden vast aan ouderwetse of zelfs 'gevaarlijke' gewoonten zoals samen slapen in een bedstede.⁸¹ Sociaal geneeskundigen klaagden bovendien over het gevaar van tuberculeuze leden van ontvangende gezinnen.⁸² Naar aanleiding hiervan besloten steden als Amsterdam en Utrecht om de financiële ondersteuning van de gezinsverpleging te staken.⁸³ Ofschoon deze zorg vele malen goedkoper was dan een kolonieverblijf, raakte zij hierdoor in de marge. Het aandeel van de gezinsverpleging in het totaal aantal uitgezonden kinderen daalde snel, van een kwart in 1925 (3.305) naar 14 procent (3.020) in 1932,⁸⁴ om daarna verder af te nemen. Het medisch toezicht en de hygiënische opvoeding in de koloniehuisen wogen zwaarder dan de lage kosten van de gezinsverpleging.

Conclusie

In 1935 benoemde het Centraal Genootschap voor gezondheidskolonies Scheltema tot erelid.⁸⁵ Bij het nut van het werk van het Genootschap voor Scheltema's levenslange missie, het bestrijden van kindertuberculose, kan men evenwel vraagtekens plaatsen. Kinderen uit tuberculeuze gezinnen waren nauwelijks vertegenwoordigd onder de 'zwakke' kinderen die naar de kolonies werden gezonden. De filantropen vermeden het label 'pretuberculeus' bewust om associatie met de dodelijke ziekte te vermijden. Om dezelfde reden wees men systematisch 'pirquetten' en doorlichten van de geselecteerde kinderen af. Koloniehuisen waren daarom niet noodzakelijk gezondere plaatsen dan scholen die zich niet konden ontdoen van een onderwijzer met open longtuberculose. Men zou zelfs kunnen zeggen dat de enorme schaal waarop de 'verpleging' in die huizen plaats vond heeft verhinderd dat andere interventies een serieuze optie konden worden. Sinds medisch toezicht werd vereist, kwamen de gezondheidskolonies stevig in handen van artsen. Ondanks de medicalisering

80 C.L. Deyll, 'Kinderuitzending en tuberculose', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 17 (1939) 5.

81 C.L. Deyll, 'Kinderuitzending. Gezins- en kolonieverpleging', *Sociaal-Medisch Maandschrift* 2 (1922) 79–80;

C.H. van, 'Jaarverslag van de A.R.K. 1923', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 2 (1924) 221; Eijkel et al., 'Rapport' (n. 73) 408–409.

82 J. Lubsen, 'Gezinsverpleging van zwakke kinderen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 4 (1926) 42–47; R.N.M. Eijkel, 'Sociaal-hygiënische voorzieningen ten plattelande', *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 30 (1928) 321–337; Eijkel, 'Verslag over het jaar 1935' (n. 51) 719.

83 P., 'Uitzending van kinderen in gezinnen', *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 30 (1928) 24–25; C.H. van, 'Jaarverslag van den Geneeskundigen Dienst te Utrecht over 1929', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 9 (1931) 57.

84 Eijkel, 'Verslag over het jaar 1925' (n. 68) 1419; Eijkel e.a., 'Rapport' (n. 73) 401; Eijkel, 'Verslag over het jaar 1932' (n. 69) 716–718.

85 'Kroniek van de maand', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 13 (1935) 91.

van staf en redenen van selectie bleef de kinderuitzending ook een project dat de hygiënische disciplineren van het volkskind nastreefde. De gezinsverpleging verloor draagvlak omdat ze volgens deskundigen op deze terreinen tekort schoot.

Afgezien van de sinds 1935 voor onderwijsgevendens verplichte gezondheidsverklaring heeft Nederland nooit tuberculosewetgeving ingevoerd. Internationaal gezien heeft de Nederlandse rijksoverheid zich opvallend terughoudend opgesteld. Zij beperkte zich tot toezicht en subsidie. Confessionele huiver voor staatszorg voor kinderen lijkt daarvan de voornaamste reden. Private filantropie domineerde de kinderhygiëne campagne. De inbreng van artsen daarin was groot. Met name gemeentelijke schoolartsen vervulden een spilfunctie. Openluchtscholen kwamen, vergeleken met de kinderuitzending, laat en slechts op zeer beperkte schaal tot ontwikkeling. Beide instituten richtten zich op de massa arme, ondervoede en ziekelijke schoolkinderen die volgens deskundigen door tuberculose werden bedreigd, maar niet ziek genoeg waren voor een sanatorium. De overheid subsidieerde het preventiewerk, maar particulieren droegen het grootste deel van de kosten van het groeiende hygiënische schild rond 'zwakke' kinderen. Steden kregen geen compensatie van het rijk voor de extra kosten van maaltijden en langere werkdagen in openluchtscholen. Alleen erkende buitenscholen, verbonden aan medische centra, ontvingen rijkssubsidie. Internaten waren onder deze verhoudingen onbetaalbaar. *Screening* van hele schoolpopulaties heeft zich ontwikkeld, maar op beperkte schaal en pas laat. Een toenemend aantal schoolartsen 'pirquetteerde' alle kinderen, terwijl de tuberculine-index snel daalde, zelfs onder kinderen die naar een consultatiebureau voor tuberculoselidgers waren verwezen. Het testen en het medisch toezicht creëerden intussen nieuwe categorieën, zoals Pirquet-positieve en 'nog niet besmette' kinderen. Deze rechtvaardigden vervolgens de voortgaande groei van de kinderhygiëne toen de tuberculosedreiging in de jaren dertig verder afnam. Net als discipline, waren classificatie en een cultuur van meten en wegen essentieel in het proces dat kinderen deel heeft gemaakt van de moderne, hygiënische samenleving. De tuberculose vormde hierbij zowel een motief als een excuus voor interventie.