

De gezondheid van het kind en het veranderend perspectief van de Groningse plattelandsschoolarts (1930–1970)

NELLEKE BAKKER*

ABSTRACT

The health of the child and the changing perspective of school doctors at the Groningen countryside (1930–1970)

From 1948 child hygiene was supposed to include mental health. This paper discusses the way school physicians in an agrarian-industrial area of the Netherlands have adapted their activities and concerns accordingly between 1930 and 1970. In spite of an improvement of pupils' physical health they shifted their attention only to a limited extent from physical to mental health. Nevertheless, mental health became important, as they stimulated activities they conceived of as promoting both physical and mental health, like gymnastics and swimming. However, their key interest concerned mental deficiency and the promotion of special schooling. In this respect they have played a decisive role, to the extent of producing feeble-mindedness and learning disabilities. At the same time the school doctors clung to their traditional ideal of supporting the school's effectiveness by trying to reduce dangers threatening pupils' learning capacity and wellbeing, like too large school classes and uniform group teaching.

Keywords: school physicians, child hygiene, child physical/mental health

Inleiding

In het midden van de twintigste eeuw is de kinderhygiëne of preventieve jeugdgezondheidszorg in de Westerse wereld zich behalve op het lichaam ook gaan richten op de geest. Dit is vanaf 1948 gestimuleerd door de Wereld Gezondheidsorganisatie (*World Health Organization*, WHO), die toen een nieuw, positief concept van gezondheid introduceerde. Daarin ging het niet meer om 'the absence of disease and infirmity' maar om 'a state of complete physical, mental and social well-being'. De gezondheid van het kind werd nu bezien in 'socio-psycho-somatische' termen, wat inhield dat men het kind in zijn sociale omgeving bezag en dat kinderhygiëne-professionals behalve de lichamelijke ook de geestelijke gezondheid werden geacht te bevorderen. Deze positieve en omvattende doelen pasten bij de zich ontwikkelende welvaartsstaat. Ze stonden ook centraal in het in 1951 verschenen

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

Technical Report van het *Expert Committee on School Health Services* van de WHO.¹ Evenals artsen van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters dienden schoolartsen voortaan de gezondheid van het kind in de breedst mogelijke zin na te streven.

Deze, zich verbredende taak van kinderhygiëne professionals is nog geen voorwerp van onderzoek geweest. Internationaal en in Nederland heeft het historisch onderzoek naar de schoolgezondheidszorg zich vooral gericht op ontstaan en ontwikkeling van het instituut en op zijn interactie met het onderwijs. Dit geldt zowel voor studies die het werk van de schoolarts beschouwen vanuit het perspectief van een welzijnsvoorziening die de verbetering van de gezondheid van kinderen beoogt,² als voor studies die refereren aan het werk van Michel Foucault over de sociale of preventieve geneeskunde en hun onderwerp (mede) bezien vanuit het perspectief van medicalisering en hygiënische disciplineren en normalisering van de kindertijd.³

Schoolartsen hebben in de twintigste eeuw een belangrijke rol gespeeld in de kinderhygiëne, zo blijkt uit de internationale literatuur. In alle Westerse landen omvatte hun taak het voorkomen van de verspreiding van besmettelijke ziekten via de school door vroegtijdig haarden van besmetting te ontdekken en uit de school te bannen. Daarnaast maakten vaccineren, periodiek gezondheidsonderzoek van leerlingen en leerkrachten, het bevorderen van hygiënische schoolgebouwen en meubilair, alsook het voorkomen van een te zwaar rooster en het geven van gezondheidsvoorlichting aan leraren, ouders en leerlingen deel uit van deze taak. Terwijl schoolartsen in sommige landen, zoals Engeland,⁴ ook aandoeningen van kinderen mochten behandelen, was dat in Nederland niet het geval.⁵ Daar was hun taak beperkt tot preventie en dus tot het verwijzen naar een arts of een andere professional voor een behandeling. Overal dienden schoolartsen gebreken van individuele kinderen, zoals slecht zien of horen, zo vroeg mogelijk te signaleren ter voorkoming van leerproblemen. Zo droegen ze bij aan de kwaliteit en effectiviteit van het onderwijs. Voor zover speciale voorzieningen voor risicogroepen beschikbaar waren, behoorden zij de betreffende kinderen daarheen te verwijzen, zoals naar consultatiebureaus voor tuberculose, vakantiekolonies of buitenscholen.⁶

1 World Health Organization Expert Committee on School Health Services, *World Health Organization Technical Report Series no. 30* (Geneva 1951).

2 Bernard Harris, *The Health of the Schoolchild. A History of the School Medical Service in England and Wales* (Buckingham 1995); David Parker, "A Convenient Dispensary": Elementary Education and the Influence of the School Medical Service, 1907–1939, *History of Education* 27 (1998) 59–83; A.H.M. Kerkhoff, *Nauwelijks een machtiger wapen. Schoolgezondheidszorg als een collectieve voorziening (1795–1990)* (Amsterdam 2004); Fedor de Beer, *Witte jassen in de school. De schoolarts in Nederland ca. 1895–1965* (Assen 2008).

3 Karel Velle, 'Medische schoolinspectie, gezondheidsvoorlichting en seksuele opvoeding in België in de 19de en 20ste eeuw', *Pedagogisch Tijdschrift* 15 (1990) 64–75; Harry Hendrick, 'Child Labour, Medical Capital, and the School Medical Service, c. 1890–1918', in: Roger Cooter (ed.), *In the Name of the Child: Health and Welfare 1880–1940* (London 1992) 45–71; 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.

4 Harris, *The Health* (n. 2).

5 De Beer, *Witte jassen* (n. 2).

6 A.-M. Châtelet, D. Lerch, D. & J.-N. Luc (eds.), *L'école de plein air. Une expérience pédagogique et architecturale dans l'Europe du XXe siècle. Open-Air Schools. An Educational and Architectural Venture in Twentieth-Century Europe* (Paris 2003); 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) 139–147; Nelleke Bakker, "'Gezonde buitenlucht" en "krachtige voeding": kinderen en de anti-tuberculosecampagne in Nederland (ca. 1910–1940)', *Studium* 6 (2013) 1–18.

Ofschoon de geestelijke gezondheid door de oprichting en het groeiend belang van *child guidance clinics* of Medisch-Opvoedkundige Bureaus (MOB)⁷ na 1945 een centraal aandachtspunt werd,⁸ speelt zij vooralsnog geen rol in het onderzoek naar de geschiedenis van de schoolhygiëne.

De literatuur overziend, blijkt dat we weinig weten over de dagelijkse activiteiten van schoolartsen.⁹ Dit geldt zeker voor landen als Nederland die geen wetgeving invoerden waarin de taken van schoolartsen op nationaal niveau waren vastgelegd, zoals in grote delen van Europa wel het geval was. In die landen konden lokale en regionale autoriteiten hun eigen modellen van schoolgezondheidszorg ontwikkelen. Dat was in Nederland het geval tot 1982.¹⁰ Onderzoek naar de geschiedenis van de schoolarts in Nederland op basis van debatten in sociaal hygiënische tijdschriften laat zien dat voor de beroepsgroep zelf het periodiek gezondheidsonderzoek van leerlingen steeds centraal heeft gestaan. Preventie van besmetting via de school verdween als taak naar de achtergrond met de afname van de tuberculosedreiging sinds de jaren dertig, terwijl (her)vaccinatie aan betekenis won. De bemoeienis met de hygiëne van het onderwijs, zoals het rooster, was vrijwel nihil uit angst te worden beticht van bemoeienis met het (bijzonder) onderwijs. Ook de inzet voor hygiëne van de gebouwen lijkt zich te hebben beperkt tot adviezen bij nieuw- of verbouw.¹¹

Op welke kwalen richtten schoolartsen zich bij hun voornaamste taak, het periodiek gezondheidsonderzoek van de leerlingen? En welke waren hun bevindingen? Welke veranderingen zien we in de aandacht voor aspecten van fysieke en mentale gezondheid en hygiëne gedurende de periode van transitie van een zuiver somatisch georiënteerde schoolhygiëne naar zorg die ook het geestelijk welzijn omvatte tussen ongeveer 1930 en 1970? In welke mate reflecteerden hun activiteiten het nationale discours over kinderhygiëne meer dan lokale kwesties en de aanwezigheid van een MOB voor kinderen met emotionele problemen of een school voor kinderen met intellectuele beperkingen ('zwakzinnigen') of 'leer- en opvoedingsmoeilijkheden' (LOM)? De interactie tussen schoolartsendiensten en hun nationale en lokale omgeving kan het beste worden bestudeerd voor die gebieden waar deze voorzieningen niet vanzelf spraken of tot stand kwamen in directe reactie op ontwikkelingen in wetenschap of beleid, zoals in grotere steden en geurbaniseerde delen van het platteland het geval is geweest.

Daarom richt dit artikel zich op de activiteiten en interesse van schoolartsen gedurende de transitiefase in een cultureel achterblijvend, agrarisch-industrieel gebied, het platteland van Groningen.¹² Schoolartsendiensten kwamen hier vanaf 1930 tot ontwikkeling. Gemeenten namen het initiatief, maar Provincie en Rijk betaalden eraan mee. Veertig jaar later waren er negen districten. De meeste lagen te ver van de stad Groningen om eenvoudig

7 Deborah Thom, 'Wishes, Anxieties, Play, and Gestures: Child Guidance in Inter-war England', in: Cooter (ed.), *In the Name of the Child* (n. 3) 200–219; Nelleke Bakker, 'Child Guidance and Mental Health in the Netherlands', *Paedagogica Historica* 42 (2006) 769–791.

8 Marijke Gijswijt-Hofstra & Hilary Marland (eds.), *Cultures of Child Health in Britain and the Netherlands in the Twentieth Century* (Amsterdam/New York 2003).

9 One of the few studies into this subject is: V. Erichsen, 'The health of the school child? An historical comparison of inspection schemes in Britain and Norway', *Dynamis* 13 (1993) 29–53.

10 De Beer, *Witte jassen* (n. 2) 64; Kerkhoff, *Nauwelijks* (n. 2) 315.

11 De Beer, *Witte jassen* (n. 2).

12 H.J. ter Bogt & H. Copinga, *Van agrarisch gewest naar moderne regio. 50 jaar ETI-Groningen* (Groningen 1987).

De gezondheid van het kind

gebruik te kunnen maken van haar voorzieningen. Droegen schoolartsen op het Groningse platteland zorg voor geestelijk achterlijke of zieke kinderen in de jaren voordat speciale voorzieningen voor hen werden getroffen, en zo ja, om welke mentale problemen ging het dan en welke maatregelen werden getroffen? Moest aandacht voor mentale ziekten en gebreken het door groeiende welvaart en vaccinatie wegvallen van gevaren voor het lichamelijke welzijn compenseren of ging het om een uitbreiding van taken? De eerste twee paragrafen van dit artikel behandelen de ontwikkeling van de school- en de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen in Nederland in het algemeen en in de Provincie Groningen in het bijzonder. In de laatste twee paragrafen staan de activiteiten en aandacht van de Groningse plattelandsschoolartsen centraal. Op deze wijze gaan wij na of, hoe en wanneer de plattelandsdistricten zich conformeerden aan het WHO-voorschrift dat schoolartsen moesten toezien op gezondheid en welzijn van het kind in de meest brede zin. De jaarverslagen van de districtsschoolartsen vormen de bron voor een reconstructie van hun activiteiten en een analyse van hun verschuivende aandacht. Het is goed te bedenken dat deze verslagen tegenover de Inspectie voor de Volksgezondheid en de financierende overheden een rechtvaardiging van het werk van de schoolarts inhielden. We zetten deze verslaglegging daarom af tegen informatie uit rapporten, (jaar)verslagen en debatten inzake nationale ontwikkelingen in de schoolhygiëne. Op deze manier kunnen we de rol van de schoolartsen in de ontwikkeling van de kinderhygiëne kritisch bezien en beoordelen in hoeverre zij hier zelf actief sturing aan hebben gegeven.

Schoolgezondheidszorg in Nederland en in de Provincie Groningen

Zoals elders in de westerse wereld stelden Nederlandse steden schoolartsen aan vanaf het begin van de eeuw, met name vanaf 1904. Pas midden jaren zestig kwam een landelijk dekend netwerk van schoolartsendiensten tot stand. De stad Groningen stelde een eerste



Fig. 1. Schoolarts in 1942 (uit: Henk van Setten, *In de schoot van het gezin. Opvoeding in Nederlandse gezinnen in de twintigste eeuw* (Nijmegen 1987) 42).

schoolarts aan in 1908.¹³ In 1929 stond 48% van de leerlingen van gewone lagere scholen en 41% van die van scholen voor uitgebreid lager onderwijs (ulo) onder hygiënisch toezicht. Dat concentreerde zich toen nog in de steden.¹⁴ Bijzondere scholen hadden de keuze om zich bij een dienst aan te sluiten, terwijl openbare automatisch participeerden. Aan deelname waren geen kosten verbonden en ouders konden altijd weigeren hun kind op school te laten onderzoeken.¹⁵ Ofschoon de achterstand van het platteland inzake de aanstelling van schoolartsen al vanaf de jaren tien kritiek ondervond, werden de eerste twee districtsschoolartsen pas in 1927 aangesteld. Dat gebeurde in Zuid-Oost Drenthe, nadat een rapport de noodklok had geluid over de slechte gezondheid van kinderen in die streek.¹⁶ De Provincie Groningen volgde in 1930 met aanstelling van twee districtsschoolartsen in Hoogezand en Veendam.¹⁷ Winschoten volgde in 1932¹⁸ en Appingedam in 1933.¹⁹ Daarmee werd de provincie kampioen districtsdiensten. In 1936 telde zij vier van de 12 diensten in het land binnen haar grenzen.²⁰

In 1942 bepaalde het Schoolartsenbesluit dat alle gemeenten een schoolarts moesten aanstellen. Na de oorlog nam de regering dit besluit niet over, maar ze bleef wel steden en districten subsidiëren voor het oprichten van een schoolartsdienst. Daardoor steeg het aantal deelnemende gemeenten van 596 in 1943 naar 812 in 1947. Volledige dekking werd bereikt in 1965, toen de laatste gemeente zich aansloot bij een dienst.²¹ In de provincie Groningen was dit punt al eerder bereikt, in 1943, toen alle 65 gemeenten waren aangesloten.²² Omdat scholen niet verplicht waren deel te nemen, betekende dit niet dat alle kinderen onder toezicht stonden, wel het overgrote deel, want de acceptatie van de dienst was hoog, zelfs onder streng christelijke ouders. Groningse schoolartsen benadrukten vanaf 1940 regelmatig dat alle scholen in hun district deelnamen.

Vooraf in de naoorlogse jaren groeide het aantal scholen en kinderen onder toezicht van een schoolarts snel. In 1953 stond 75% van de lagere-schoolleerlingen, 66% van de uloscholieren en 73% van de schoolgaande kleuters onder hygiënisch toezicht.²³ Tabel 1 toont de ontwikkeling in de Provincie Groningen. Het aantal districten was er gelijk aan het aantal schoolartsen. De lichte teruggang in de jaren zestig hangt samen met een stagnerend geboortecijfer als gevolg van de brede toepassing van geboorteregeling en met ontvolking van delen van het platteland, waardoor een aantal kleine scholen had moeten sluiten.²⁴ Voor

13 De Beer, *Witte jassen* (n. 2) 64–92.

14 'Geneeskundig schooltoezicht in 1929', *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 33 (1931) 395–396.

15 De Beer & Bakker, 'De gevaren' (n. 3).

16 De Beer, *Witte jassen* (n. 2) 79–81.

17 *Verslag van den Schoolartsendienst in de groep Hoogezand, over het tijdvak 1 juni-31 december 1930* (s.l. s.a.); *Verslag van den Schoolartsendienst in de groep Veendam, over het tijdvak 1 juni – 31 december 1930* (s.l. s.a.).

18 *Verslag van den Schoolartsendienst in de groep Winschoten over het jaar 1932* (s.l. s.a.).

19 *Verslag van den Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam en Winschoten over het jaar 1934* (Sappemeer s.a.).

20 De Beer, *Witte jassen* (n. 2) 80.

21 *Ibidem* 80–92.

22 *Verslag van den Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1943* (Groningen s.a.).

23 C. Banning, 'Verslag over 1953 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid', *Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid* (hierna aangehaald als *VMbV*) (1957) 285–441, aldaar 320.

24 Ter Bogt & Copinga, *Van agrarisch gewest* (n. 11); Kees Schuyt & Ed Taverne, 1950. *Prosperity and welfare* (Assen 2004).

De gezondheid van het kind

Tabel 1: Scholen en leerlingen in de Provincie Groningen (exclusief de stad) onder toezicht van een schoolarts

jaar	districten/schoolartsen	scholen	leerlingen
1930	2	58	–
1940	3	151	16.706
1950	7	607	51.389
1960	9	696	66.948
1970	9	652	64.884

Bronnen: *Verslag Hoogezand 1930* (n. 17); *Verslag Veendam 1930* (n. 17); *Verslag 1940* (n. 27); *Verslag 1950* (n. 73); *Verslag 1960* (n. 27); *Verslag 1970* (n. 43).

de hele periode geldt dat het aantal leerlingen onder toezicht van een Groningse schoolarts vrijwel steeds uitging boven het normaantal van 5.000 dat de beroepsvereniging van schoolartsen in 1960 als een maximum beschouwde.²⁵

Jaarlijks onderzochten de schoolartsen tussen een derde en de helft van de leerlingen van de aangesloten scholen door middel van een periodiek gezondheidsonderzoek. Het betrof de leerlingen uit de laagste, de hoogste en een van de middelste klassen, zodat alle leerlingen gedurende hun lagerschooltijd ten minste drie keer werden onderzocht. Een klein aantal leerlingen onderging bovendien een apart onderzoek naar een bepaalde aandoening. Dat gebeurde wanneer de leerkracht een ziekte of gebrek vermoedde. De leerlingen van de buitengewone scholen werden meestal jaarlijks allemaal onderzocht. Met de tijd, met name na 1945, werd de leerlingenpopulatie meer divers, doordat kleuterscholen en scholen voor voortgezet onderwijs zich ook aansloten bij de schoolartsendiensten. Leerlingen werden toen meestal vijfmaal door een schoolarts onderzocht. Aan de drie onderzoeken op de lagere school ging er een vooraf op de kleuterschool en er volgde er nog een in het voortgezet onderwijs. Op het Groningse platteland ging het bij dat laatste met name om nijverheids- en landbouwscholen en scholen voor ulo. De groei van de populatie leerlingen onder toezicht verklaart waarom het aandeel van de in Groningen jaarlijks volledig onderzochte leerlingen tussen 1950 en 1970 daalde van meer dan de helft naar ongeveer een derde (zie tabel 1 en 2).

Bij gebrek aan een wettelijk kader stond het de schoolartsen vrij het periodiek gezondheidsonderzoek naar eigen inzicht in te vullen. Voor de onderzoeker betekent dit dat de gerapporteerde informatie niet gemakkelijk te vergelijken is. Daar staat tegenover dat een werkgever van een aantal schoolartsen, zoals een stad of een provincie, eisen stelde aan de rapportage. Dat deed ook de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, die vanaf 1948 eenduidige rapportage vorderde met het oog op nationale verslaglegging over de bevindingen uit het geneeskundig schooltoezicht. Daarop had hij in 1938 een voorschot genomen door de ‘voedingstoestand’ van schoolkinderen in 1937 in kaart te brengen; slechts een deel van de schoolartsen had toen aan zijn verzoek voldaan. Tussen 1952 en 1958 publiceerde hij daadwerkelijk de uitkomsten van de onderzoeken van alle schoolartsen voor de jaren 1948–1955 (zie tabel 2). Dat neemt niet weg dat individuele schoolartsen op hun eigen manier bleven rapporteren. Met de tijd werden hun verslagen wel meer homogeen en meer

25 D. Brouwer e.a., ‘Rapport der commissie “Taak en werkwijze van de schoolarts”’, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 30 (1960) 431–446.

gedetailleerd ten aanzien van de bij de kinderen gevonden afwijkingen. Zo gaven alle provinciale schoolartsen vanaf de jaren veertig voor het thema 'ogen' op hoeveel kinderen scheel zagen of kleurenblind waren, terwijl ze na 1960 ook onderscheid maakten tussen kinderen met een verminderde gezichtsscherpte die wel en niet reeds een bril droegen. Omstreeks 1960 besteedden de artsen meer aandacht aan het niveau van vaccinatie en aan verwijzingen naar specifieke voorzieningen zoals heilgymnastiek en spraakles, een accentverschuiving die correspondeert met de ontwikkeling van de rapportage van de Geneeskundig Hoofdinspecteur, die vanaf 1958 geen aantallen bij de schoolkinderen gevonden afwijkingen meer verzamelde.²⁶ Louter tellen gold niet langer als zinvol.

Het periodiek gezondheidsonderzoek ontwikkelde zich ook zelf, van een relatief eenvoudig onderzoek van alle lichamelijke functies (ogen, oren, keel, tanden, houding, ruggengraat, huid, haar en algemene conditie) in de jaren dertig tot een veel uitgebreider onderzoek gericht op mogelijke afwijkingen van alle zintuigen en organen, inclusief het centrale zenuwstelsel na 1960. In 1960 rapporteerden de Groningse schoolartsen over gemiddeld 23 aspecten van de gezondheid, van 'algemene lichamelijke toestand' en 'ogen' tot verwijzingen naar de huisarts of spraakles, tweemaal zoveel aspecten als in 1940 waren onderzocht.²⁷ In de jaren vijftig kwam met name het middelste periodiek onderzoek in de derde of vierde klas van de lagere school onder kritiek te staan. Het leverde relatief weinig nieuwe informatie op en kon volgens critici beter worden vervangen door een gericht onderzoek bij een kleiner aantal leerlingen.²⁸ De schoolartsen zelf deelden die mening niet, en de Groningse schoolartsen zijn er altijd mee doorgegaan.²⁹

Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen in Nederland en in de Provincie Groningen

Het eerste MOB werd in 1928 opgericht in Amsterdam. Het was gemodelleerd naar de Amerikaanse *child guidance clinic*, die zwaar leunde op de psychoanalyse en preventie van ontsporing van jeugdigen beoogde door hulp te bieden bij lichte problemen of 'neurosen'. Pas na de oorlog groeide hun aantal substantieel, van acht bureaus in 1947 naar 15 in 1952 en 45 tien jaar later. Daarnaast bestonden in 1962 ook nog 30 vergelijkbare rooms-katholieke bureaus.³⁰ De MOB's vormden het oudste deel van de Nederlandse beweging voor de geestelijke volksgezondheid, die pas na de oorlog brede maatschappelijke en politieke steun kreeg. Men vreesde toen voor een morele crisis. Stijgende aantallen echtscheidingen, jeugdcriminaliteit en buitenechtelijke geboorten direct na de oorlog waren er de aanleiding voor geweest. De collectieve angst ebde pas tegen het einde van de jaren vijftig weg, toen een sterke welvaarts-groei een feit was. In dit sociaal-culturele klimaat kon de geestelijke

26 'Verslag over de jaren 1948 en 1949 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid', *VMbV* (1952) 139–434; C. Banning, 'Verslag van de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid over 1955', *VMbV* (1958) 1–164. Vanaf 1962 (over 1959) gaven deze verslagen deze cijfers niet meer.

27 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand en Veendam over het jaar 1940; Verslag Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1960.*

28 A. Querido, 'Schoolgeneeskunde en volksgezondheid', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 31 (1953) 73–79; J.T. Buma, *De sociale kinderhygiëne in Nederland. Haar organisatie en haar toekomst* (Assen 1954).

29 De Beer, *Witten jassen* (n. 2) 146–148.

30 T. van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek* (Baarn 1987) 186–209.

volksgezondheid uitgroeien tot een centraal thema in de welzijnspolitiek.³¹ Kinderen vormden de toekomst van de natie. Daarom moest de primaire preventie van geestesziekte vroeg beginnen. Zo konden, naast de MOB's, ook de consultatiebureaus voor zuigelingen (vanaf 1901) en kleuters (vanaf 1926) met steun van de overheid in deze jaren snel groeien. Dit in weerwil van de sterke daling van de mortaliteit en morbiditeit onder de jongste kinderen, ter bestrijding waarvan de bureaus oorspronkelijk waren opgezet. Vooral de Kleuterbureaus richtten zich vanaf het begin op de ontwikkeling van het jonge kind in de meest brede zin. Toezien op een gezonde of normale geestelijke ontwikkeling hoorde daarbij.³² Eind jaren veertig kwam kinderpsychiatrische expertise behalve via MOB's ook beschikbaar in nieuw gecreëerde jeugdafdelingen van Provinciale Psychiatrische Diensten (PPD), de Jeugdpsychiatrische Diensten (JPD), die konden meeliften op de heersende zorg om de geestelijke gezondheid en daarom eveneens snel in aantal en omvang groeiden. Terwijl MOB's een middenklasse profiel hadden, richtten deze diensten zich primair op de lagere maatschappelijke groepen.³³

In de stad Groningen kwam pas in 1960 een MOB tot stand. De hoogleraar kindergeneeskunde van de lokale universiteit, Gabbe Scheltema (1864–1951), had echter al in 1928 een opvoedingsadviesbureau opgericht. Het kwam na de oorlog in handen van Het Groene Kruis, dat er een uitbreiding van de kleuterbureaus van maakte voor ouders en kinderen met opvoedingsproblemen. In 1956 werd wekelijks op vier plaatsen in de provincie een halve dag spreekuur gehouden.³⁴ Maar het zal niet verbazen dat de behoefte aan kinderpsychiatrische behandeling in deze jaren zodanig sterk werd gevoeld dat professionals bleven ijveren voor de oprichting van een echt MOB. Met de benoeming in 1953 in Groningen van Theodoor Hart de Ruyter (1907–2001) tot eerste hoogleraar kinderpsychiatrie verwierf het vak academische status, wat stellig heeft bijgedragen aan het succes van de lokale lobby. Afgezien van het behandelen van kinderen met emotionele problemen, leidde het MOB ook kinderpsychiaters en psychiatrisch-maatschappelijk werkers op en functioneerde het als expertise- en onderzoekscentrum voor kinderbeschermings- en jeugdzorginstellingen.³⁵ Alleen de meer serieuze gevallen werden verwezen naar Hart de Ruyters universitaire kinderpsychiatrische kliniek.

In geval van mentale problemen stonden Groningse kinderen en hun ouders voor 1960 niet met lege handen. De eerste verwijzingen uit de provincie naar de JPD dateren uit 1947.³⁶ De provincie Groningen was een pionier in het verzelfstandigen van deze dienst. De achterliggende overweging was dat de kinderen die hiervoor in aanmerking kwamen veelal tot dezelfde doelgroep behoorden als de volwassenen om wie de PPD zich bekommerde, de 'sociaal minder bedeelde klassen'.³⁷ Verwijzingen naar de JPD, met name voor tests, gingen

31 Schuyt & Taverne, 1950 (n. 24); Leonie de Goei, *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924–1970* (Nijmegen 2001).

32 Van der Grinten, *De vorming* (n. 30) 186–209; Bakker, 'Child Guidance' (n. 7); 'Verslag [...] over 1948 en 1949' t/m 'Verslag over 1955', *VMbV* (1952–1958); Nelleke Bakker, 'Een beslissende levensfase: over de institutionalisering en professionalisering van de zorg voor jonge kinderen', *Pedagogiek* 32 (2012) 51–66.

33 Th.B. Kraft, *De jeugdpsychiatrische diensten in Nederland* (Utrecht 1962) 139–152; Bakker, 'Child Guidance' (n. 7).

34 M. Brandenburg, 'De Bureaus voor opvoedingsmoeilijkheden', *Geestelijke Volksgezondheid. Orgaan van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid* 11 (1956) 173–178.

35 Bakker, 'Child Guidance' (n. 7); Kraft, *De jeugdpsychiatrische diensten* (n. 33) 10.

36 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1947* (Groningen s.a.) 64.

37 Kraft, *De jeugdpsychiatrische diensten* (n. 33) 140.

door ook nadat het MOB in 1960 tot stand was gekomen.³⁸ De JPD lijkt een meer praktisch alternatief te hebben geboden voor de tijdrovende, multidisciplinaire aanpak van een MOB met zijn psychoanalytische ‘praat’-behandeling, waarvan verstandelijk beperkte kinderen werden uitgesloten. Die behandeling sloot evenmin aan bij de vaardigheden van de doorgaans laag opgeleide ouders van de Groningse plattelandskinderen. Schoolartsen zelf beperkten zich in de regel tot het afnemen van de aloude, intussen veel gekritiseerde Binet-Herderschêe IQ-test.³⁹

Buitengewone scholen voor ‘zwakzinnige’ kinderen met relatief kleine groepen en gespecialiseerde onderwijzers hebben zich vooral na 1920 ontwikkeld, toen een nieuwe schoolwet ze officieel erkende, wat overheidssubsidie impliceerde. In 1930 waren er in Nederland 90 dagscholen voor zwakzinnige kinderen. De stad Groningen kreeg er een in 1915 en in 1934 een tweede.⁴⁰ Het Groningse platteland moest relatief lang wachten op eigen buitengewone scholen. Sommige regionale centra zelfs tot begin jaren vijftig.⁴¹

Een nieuw type buitengewone school voor kinderen met ‘leer- en opvoedingsmoeilijkheden’ (LOM) maar een normaal IQ, dat in 1949 bij Koninklijk Besluit werd geïntroduceerd, bereikte de provinciale centra zelfs pas midden jaren zestig. In 1965 kwam de eerste LOM-school tot stand in Winschoten, dezelfde plaats waar in 1939 ook de eerste school voor zwakzinnigen in de provincie was opgericht.⁴² Met 7,9% van de lagere schoolleerlingen op haar drie buitengewone scholen in 1970 nam Winschoten een bijzondere plaats in binnen de provincie en tegenover het nationale aandeel van 4% van alle kinderen op een school voor zwakzinnigen of een LOM-school.⁴³ In hetzelfde jaar telde het district Veendam 3,3% van de lagere schoolleerlingen op een school voor zwakzinnigen, tegen 2,9% landelijk, en 2,4% op een LOM-school (opgericht in 1966),⁴⁴ tegen 1,1% landelijk. Uit het uitgebreidere verslag van de Veendamse schoolarts leren we dat in zijn district de ‘debielen’ bovendien waren afgezonderd van de ‘imbecielen’ (met een IQ beneden 50), elk met een aparte school.⁴⁵ Deze scheiding was landelijk in de steden al doorgevoerd vanaf de jaren dertig en maakte vanaf 1950 deel uit van het beleid. Deze voorbeelden laten zien dat regionale centra die verder weg lagen van de stad Groningen een meer ontwikkeld en gedifferentieerd aanbod van speciaal onderwijs kenden. De afstand voorkwam het gebruik van voorzieningen in de stad.

Ten aanzien van de taak van de schoolarts en zijn verantwoordelijkheid voor de geestelijke gezondheid van kinderen nam het nationale discours al spoedig het nieuwe, positieve en omvattende concept van gezondheid van de WHO over. Dit werd met name duidelijk

38 *Verslag van de Schoolartsdienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1961* (s.l. s.a.) 5.

39 De Beer, *Witte jassen* (n. 2) 248–264.

40 *Statistiek van het buitengewoon lager onderwijs 1931–1934* (’s-Gravenhage 1936) 15.

41 *Statistiek van het buitengewoon lager onderwijs 1939–1947* (’s-Gravenhage 1949) 7; *Statistiek van het buitengewoon lager onderwijs 1951/1952–1954/1955* (Utrecht 1955) 13.

42 *Verslag van de Schoolartsdienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1965* (s.l. s.a.) 71, 101.

43 *Verslag Schoolartsdienst Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winsum, Winschoten en Zuidhorn over het jaar 1970* (s.l. s.a.) 85; Dorien Graas, *Zorgenkinderen op school. Geschiedenis van het speciaal onderwijs in Nederland, 1900–1950* (Leuven/Apeldoorn 2008) 114.

44 *Verslag van de Schoolartsdienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1967* (s.l. s.a.) 55.

45 *Verslag 1970* (n. 43) 49–57; Graas, *Zorgenkinderen* (n. 43) 114.

op een congres in 1952 over de toekomst van de schoolgezondheidszorg. Wetenschappers kritiseerden daar het routinematig zoeken naar afwijkingen bij kinderen, zonder te weten of deze al door ouders of huisartsen waren opgemerkt. Dat zoeken gebeurde bovendien zonder dat een positieve gezondheidsnorm was geformuleerd. Zij uitten ook kritiek op de verwijzing naar huisartsen zonder dat de schoolarts zelf iets positiefs bijdroeg. De meest serieuze kritiek betrof het ontbreken van belangstelling en deskundigheid op het vlak van de geestelijke gezondheid, waarbij het aandeel van de gevonden afwijkingen met een mentale achtergrond werd geschat op maar liefst twee derde tot driekwart.⁴⁶ Volgens sommige critici was de geestelijke gezondheid te meer belangrijk geworden nu de fysieke gezondheid van kinderen zo sterk was verbeterd in de eerste jaren na de oorlog, een opvatting die we in de daaropvolgende jaren vaker tegen komen. Zo ook in blauwdrukken voor de toekomst van de kinderhygiëne uit de jaren vijftig, waarin voor schoolartsen stevast bijscholing op het vlak van kinderpsychologie en – psychiatrie werd voorzien, alsook overdracht van het routinematig periodiek onderzoek aan verpleegsters, zodat de artsen zich meer zouden kunnen richten op specifiek onderzoek, vooral op het vlak van de geestelijke ontwikkeling.⁴⁷

De schoolartsen zelf aarzelden om hun routine-onderzoeken te laten vallen en het terrein van de geestelijke gezondheid te betreden. Ze wilden het liefst de sociaal-hygiënische experts blijven die ze altijd waren geweest. In 1962 werd, conform hun wensen, het beroep van jeugdarts een medisch specialisme waarvoor een aparte opleiding tot stand kwam. ‘Jeugdartsen’ werkzaam op consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters of in scholen kregen voortaan een opleiding als deskundigen op elk van de drie terreinen die volgens de WHO de gezondheid van kinderen bepaalden: hun biologie, psychologie en sociale omgeving.⁴⁸ Het periodiek onderzoek bleef hun centrale taak, waarbij de mate van delegeren aan verplegenden per gemeente kan verschillen.

Intussen ontwikkelden zich vanaf de jaren vijftig naast de schoolartsendiensten onafhankelijke schoolpsychologische diensten ten behoeve van vooral het testen en diagnosticeren van leerstoornissen. Vergeleken met andere landen was dit relatief laat. Ook was de taak van deze diensten relatief beperkt omdat de geestelijke gezondheidszorg al in handen was van de JPD's en de MOB's.⁴⁹ In 1963 waren er in Nederland 46 schoolpsychologische diensten opgericht.⁵⁰ Die zouden een paar jaar later worden omgevormd tot schoolbegeleidingsdiensten. De Provincie Groningen stelde in 1957 voor het eerst een schoolpsycholoog aan. Deze werd geacht de werklast van de JPD te verlichten door het testen van het groeiende aantal kinderen met leerproblemen.⁵¹ De districtsschoolartsen werden frequente gebruikers van de schoolpsychologische dienst voor een test of advies over een verwijzing naar gespecialiseerde zorg.⁵²

46 ‘Nederlands Congres voor Schoolgeneeskunde’, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 31 (1953) 59–94; 109–130; Querido, ‘Schoolgeneeskunde’ (n. 28).

47 Buma, *De sociale kinderhygiëne* (n. 28); Suze M.C. van Veen, *Het kind en zijn somatopsychische fundering* (‘s Gravenhage 1954). De Inspectie voor de Volksgezondheid rapporteerde voor 1954 plannen voor bijscholing van schoolartsen in de psychologie: *Verslag 1957*, 320. Deze cursussen zijn vermoedelijk slechts op beperkte schaal ontwikkeld. In ieder geval waren ze niet verplicht.

48 De Beer, *Witte jassen* (n. 2) 120–122.

49 Kraft, *De jeugdpsychiatrische diensten* (n. 33) 21–22, 153–157.

50 *Schoolpsychologie. Taak en organisatie* (Amsterdam 1964).

51 Kraft, *De jeugdpsychiatrische diensten* (n. 33) 140.

52 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1964* (s.l. s.a.) 62, 70.

Tabel 2: Door Groningse schoolartsen (exclusief de stad) volledig onderzochte leerlingen en gemiddelde percentages door hen gevonden leerlingen met een onvoldoende lichamelijke conditie en met afwijkingen

jaar en districten/ schoolartsen	volledig onderzochte leerlingen	% leerlingen met (zeer) onvoldoende lichamelijke conditie	% 6-7 jarige leerlingen met (zeer) onvoldoende lichamelijke conditie	% leerlingen met afwijkingen
1930 (2)	2.125	–	14,0 (2 : 1.067)	45,6
1935 (4)	7.850	28,7 – 6,9 #	15,7 (3 : 1.501)	–
1940 (3)	7.651	–	–	–
1945 (6)	12.222	8,3 (3: 6.222)	–	58,0 (3 : 5.710)
1950 (7)	28.032	14,2 (1 : 4.668) – 5,0 n	–	63,7 (2 : 6.391) – 62,2 n
1955 (7)	28.163	8,4 (5 : 19.683) – 4,3 n	–	67,7 (2 : 7.110) – 62,9 n
1960 (9)	28.108	3,8	–	60,3 (6 : 20.258)
1965 (9)	27.187	2,7	–	49,2 (5 : 16.010)
1970 (9)	23.189	0,5 (4 : 10.794)	–	46,6 (2 : 4.768)

(x : x) aantal schoolartsen die hierover informatie verschaften en onderzochte leerlingen voor zover afwijkend van het totaal.

gemiddeld % voor deel van Nederland in 1937.

n nationaal gemiddeld % in dat jaar.

Bronnen: *Verslag Hoogezand 1930* (n. 17); *Verslag Veendam 1930* (n. 17); *Verslag 1935* (n. 53); *Verslag 1940* (n. 27); *Verslag 1945 & 1946* (n. 90); *Verslag 1950* (n. 73); *Verslag 1955* (n. 60); *Verslag 1960* (n. 27); *Verslag 1965* (n. 42); *Verslag 1970* (n. 43); ‘Verslag over de jaren 1936 en 1937 van den Geneeskundig en Pharmaceutisch Hoofd-inspecteur’, *VMbV* (1938) 677–955, aldaar 765; ‘Jaarverslag over 1950’, *VMbV* (1954) 385–568, aldaar 484–485; Banning, ‘Verslag over 1955’, *VMbV* (1958) 104–105.

Toezicht op de lichamelijke gezondheid

De Groningse schoolartsen hebben bijna altijd gerapporteerd over de algemene lichamelijke conditie van de door hen onderzochte leerlingen, tot begin jaren vijftig aangeduid als hun ‘voedingstoestand’. Ze kwalificeerden de conditie als goed, matig of onvoldoende. Bij ‘onvoldoende’ maakten ze onderscheid tussen ‘iets te wensen’ of ‘veel te wensen’. Vanaf 1943 hanteerden sommige artsen een meer exacte maat, het zogenoemde Pelidisi-getal, dat de verhouding tussen de zithoogte en het gewicht aangaf en was ontwikkeld door de Oostenrijkse kinderarts Clemens J. von Pirquet (1874–1929). In de naoorlogse jaren zorgde de verbetering van de gezondheid van de schoolkinderen voor zoveel discussie dat de schoolartsen gedurende een aantal jaren helemaal geen informatie over de algemene conditie gaven. Dat verklaart de vrijwel geheel ontbrekende data voor 1950 in tabel 2. Deze praktijk werd hervat in 1952, toen de artsen zowel een kwalitatieve waardering als het Pelidisi-getal gingen geven. Begin jaren zestig gaf men dit getal niet meer vanwege de algemene kritiek op de waarde ervan en het beschikbaar komen van alternatieven. Nationale cijfers over de lichamelijke conditie zijn er slechts voor een paar jaar (1948–1955). De resultaten zijn opgenomen in tabel 2, waarbij opvalt dat de Groningse kinderen minder gezond waren dan het gemiddelde Nederlandse kind.

Tabel 2 geeft de resultaten van het periodiek gezondheidsonderzoek, met name de percentages kinderen met een onvoldoende lichamelijke conditie en met afwijkingen. De meerderheid van de leerlingen had steeds een goede of matige conditie. Dat geldt zelfs voor de kinderen van werkloze vaders in de jaren dertig.⁵³ Een ‘onvoldoende’ conditie liet boven-

53 *Verslag van den Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam en Winschoten over het jaar 1935* (Sappemeer s.a.) 29.

dien zelden 'veel te wensen' over. Het dalend percentage kinderen met een onvoldoende conditie illustreert de algehele verbetering van hun gezondheid, met name vanaf eind jaren vijftig, toen de economie exponentieel groeide.⁵⁴ Het lage percentage ondervoede kinderen in 1945/46 (7) laat zien dat de jeugd op het Groningse platteland niet onder de hongerwinter had geleden in de mate waarin kinderen in de steden van het Westen dat hadden.⁵⁵ Het veel hogere (en relatief hoge) percentage kinderen met een onvoldoende conditie in de volgende decade, lijkt eerder verband te houden met hogere verwachtingen van de schoolartsen, afgaande op hun getuigenissen daarover,⁵⁶ dan met een verslechterende conditie. De scherpe teruggang van het aantal kinderen met rachitische misvormingen (tabel 3), veroorzaakt door gebrek aan vitamine D, onderstreept in ieder geval de verbetering van de gezondheid in de jaren vijftig. De discrepantie tussen het sterk teruggelopen aantal lichamelijk ongezonde kinderen en het constant hoge percentage kinderen met afwijkingen vanaf 1960, laat zich het beste verklaren door de vele nieuwe gezondheidsaspecten die nu in de onderzoekslijst waren opgenomen, zoals platvoeten, en de toegenomen beschikbaarheid van speciale zorg waarheen een schoolarts kon verwijzen. De pas benoemde professionals, zoals docenten heilgymnastiek, verlangden goed geselecteerde cliënten. 'Vetzucht' wordt incidenteel vermeld vanaf 1940⁵⁷ en geregistreerd vanaf de jaren zestig. Te dikke kinderen waren volgens de artsen slachtoffer van verkeerde voedingsgewoonten. Hun moeders gaven hen te grote hoeveelheden voedsel en te weinig groenten. Zij moesten leren dat 'gezondheid niet afhankelijk is van dikke vetlagen'.⁵⁸

Tabel 3 laat de ontwikkeling zien van de percentages kinderen met afwijkingen, zoals gevonden door de Groningse schoolartsen, voor een aantal categorieën op het vlak van fysieke gezondheid. Ofschoon de aantallen gevonden afwijkingen vooral voor 1950 sterk varieerden tussen de schoolartsen, bevestigen deze data globaal genomen de algemene verbetering van de lichamelijke gezondheid van de schoolkinderen. Vooral ernstiger aandoeningen, zoals houdingsafwijkingen en vergroeiingen van de wervelkolom (*scoliosis*) of ledematen (*rachitis*), namen in aantal af.

Besmettelijke infecties van de huid, zoals schurft en eczeem, en het hoofd, zoals *favus*, kwamen in de jaren dertig weinig voor, maar namen na de oorlog in aantal toe. Dat houdt mogelijk verband met de overvolle schoolklassen in die dagen, waardoor kinderen dicht op elkaar moesten zitten. Het probleem werd in ieder geval geringer in de vroege jaren zestig, toen de klassen weer kleiner werden. Het aantal gevallen van 'levend onrein', luizen en neten, verminderde snel, met uitzondering van het laatste oorlogsjaar, toen de infecties ook welig tierden. De verbetering van de reinheid van hoofd en huid vanaf de late jaren vijftig lijkt een gevolg van de algemene verbetering van de hygiëne ten plattelande, zoals de komst van stromend water en meer gebruik van bad en douche.⁵⁹ Ook de Groningse plattelands-

54 Schuyt & Taverne, 1950 (n. 24).

55 'Samenvattend rapport over het onderzoek naar de voedingstoestand van Amsterdamse schoolkinderen - 1951', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 29 (1952) 136-140.

56 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1953* (s.l. s.a.); *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1958* (s.l. s.a.).

57 De eerste vermelding van 'vetzucht' dateert uit 1940: *Verslag 1940* (n. 27) 41.

58 *Verslag 1960* (n. 27) 99.

59 Henk van Setten, *In de schoot van het gezin. Opvoeding in Nederlandse gezinnen in de twintigste eeuw* (Nijmegen 1987) 48-60.

Table 3: Gemiddelde percentages door Groningse schoolartsen (exclusief de stad) volledig onderzochte leerlingen met lichamelijke afwijkingen/gebreken naar hun aard

jaar, schoolartsen en onderzochte leerlingen	huid en haar	hoofdonrein	zicht	gehoor	gebit	scoliosis	rachitis	houding
1930 (2: 2125)	3,3	17,2	10,1	1,7 (1:1.076)	50,2 (1: 1.076)	11,4	8,2 (1: 1.076)	18 (1: 1.049)
1935 (4: 7.850)	3,6	3,5	8,5	—	3,5 —1	16,4 (2: 4.279)	—	13,7 (2: 3.686)
1940 (3: 7.651)	2,9	1,7	7,3	—	7,7 (1: 2.155)	5,3	1,3 (1: 2.155)	5,1 (1: 2.646)
1945 (6: 12.222)	8,5	4,1 (4: 7.878)	8,2	1	10,5 (2: 4.444)	2,1 (5: 9.994)	5,1 (3: 6.572)	8,7 (4: 10.106)
1950 (7: 28.032)	4,3	2,6 (5: 21.851)	9,7 (6: 23.282)	1	49 (3: 11.692)	3,2 (5: 21.923)	11,5 (3: 11.692)	13,4
1955 (7: 28.163)	5,5 (6: 24.288)	1,8 (6: 24.385)	12,8	1,7 (6: 24.288)	59	5,3 (6: 24.288)	4,9 (6: 24.385)	16,4
1960 (9: 28.108)	4,5	1,1	20,2	3,7	45,8	3,8 (4: 11.981)	3 (4: 12.185)	12,8
1965 (9: 27.187)	3,2	0,4 (8: 23.854)	20,3	4,8 (8: 24.353)	40,9	0,9 (5: 15.207)	3,6 (2: 5.843)	6,7
1970 (9: 23.189)	2,7 (7: 19.446)	0,4 (4: 10.794)	17,3	3,8	53,1 (4: 8.589)	0,3 (4: 11.194)	—	3,7 (8: 20.705)

(x: x) aantal schoolartsen die hierover informatie verschaften en onderzochte leerlingen voor zover afwijkend van het totaal.

Bronnen: zie tabel 2.

scholen werden na 1950 aangesloten op de waterleiding. Dat gebeurde meestal met het in gebruik nemen van nieuwe, lichtere en ruimere gebouwen met wc's. De schoolartsen waren er blij mee, maar plaatsten wel kanttekeningen. Soms vergat een school er een onmisbaar attribuut bij aan te schaffen – toiletpapier, zeep of papieren handdoeken – of ze had er het geld niet voor. Ongewassen handen, een vuile handdoek of een collectief gebruikte drinkbeker vormden evenzovele haarden van infectie, waarschuwden de artsen in hun verslagen.⁶⁰

De toename van het aantal kinderen met slecht zicht na de oorlog (tabel 3) houdt vermoedelijk verband met verbeterde testmethoden en striktere normen voor wat gold als 'goed' zien. Andere oogafwijkingen, zoals infecties of scheelzien, zijn niet opgenomen in de cijfers in tabel 3. Anders dan de meeste afwijkingen werd 'verminderd gezichtsvermogen' relatief vaak vastgesteld bij leerlingen in het voortgezet onderwijs. Hun aandeel in het totaal van de onderzochte leerlingen nam in de naoorlogse jaren sterk toe, wat deels de groei van het percentage kinderen dat een bril nodig had verklaart. Toen de schoolartsen na 1960 ten slotte vermeldden hoeveel van deze kinderen al een bril droegen, bleek dat de meerderheid. Met andere woorden, de tijdrovende oogmeting van hele schoolklassen was niet erg nuttig in een tijd waarin ouders en onderwijzers het meestal wel in de gaten hadden wanneer een kind niet goed kon zien en het Ziekenfonds voorzag in een gratis bril. Slecht horen kwam na de oorlog ook vaker voor, maar op een veel lager niveau. In dit geval lijkt verbeterd onderzoek met behulp van een audiometer, dat de fluisterstest verving, de oorzaak.⁶¹

In de jaren dertig had vrijwel geen enkele leerling een gaaf gebit. Schoolartsen kwalificeerden een kindergebit als goed, matig of slecht. Het aandeel van de matige en slechte gebitten vertoont niet de verwachte teruggang in de jaren vijftig (tabel 3), wel in de jaren zestig. Het zeer geringe aandeel 'goede' of gave gebitten in 1955 (41) hangt vermoedelijk samen met de aanstelling van schooltandartsen in de jaren daarvoor. Gaatjes werden hierdoor vaker en eerder waargenomen, maar ook gevuld. Een andere reden ligt waarschijnlijk bij het toegenomen aandeel van de oudere scholieren, die relatief vaak schade aan het gebit vertoonden. Pas na 1960 werden slechte tanden een zeldzaamheid, terwijl de criteria voor een 'goed' gebit lijken te zijn aangescherpt. In 1970 vermeldden sommige schoolartsen alleen nog het percentage kinderen onder controle van een tandarts in hun verslagen.

Onderzoek naar tuberculose-besmetting maakte vanaf de jaren veertig deel uit van de taak van de schoolarts. De beroepsgroep zelf had hierop aangedrongen. In Groningen namen de schoolartsen vanaf 1943 de test op in hun periodiek onderzoek. Het wekt echter verbazing dat de Groningse artsen tot in 1970 alle schoolkinderen zijn blijven (her)testen, omdat de mortaliteit en morbiditeit van tuberculose kort na de oorlog sterk waren gedaald.⁶² De aantallen kinderen die positief reageerden op de Von Pirquet of Mantoux bloedtests waren steeds laag, maar naderden tot nul in de jaren zestig. Besmette kinderen werden voor een Röntgenonderzoek verwezen naar een consultatiebureau voor tuberculose of, in geval van ziekte, naar een sanatorium. De zeer lage aantallen besmette kinderen in

60 *Verslag 1953* (n. 56) 5–8; *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1955* (s.l. s.a.) 5–8; *Verslag 1958* (n. 56) 5–6; *Verslag 1960* (n. 27) 5–6.

61 'Jaarverslag 1968', *VMbV* (1969) 64–67; 186–192.

62 J.H. de Haas, *Kindersterfte in Nederland – Child Mortality in the Netherlands* (Assen 1956) 66. In 1957 testte twee derde van de Nederlandse schoolartsen de kinderen op tbc-besmetting. Na 1965 nam dit aantal op gezag van de Inspectie voor de Volksgezondheid af: De Beer, *Witte jassen* (n. 2) 186–188.

de jaren vijftig rechtvaardigen de conclusie dat de tijdrovende, massale *screening* van platlandskinderen zijn doel voorbij schoot.

Slecht passende schoolbanken en lange uren stil moeten zitten zijn vanouds gekritiseerd als oorzaak van vergroeiingen bij kinderen, met name ruggegraatsverkromming of *scoliosis*. Deze problemen werden vaak genoemd ten tijde van de vestiging van het schoolartsenberoep.⁶³ In de Provincie Groningen bleef het schoolmeubilair voorwerp van klachten van schoolartsen tot in de jaren zestig. Ten tijde van de bezuinigingen in de jaren dertig raadde een schoolarts via zijn verslag de lokale autoriteiten aan om in elk geval nieuwe, passende banken te kopen voor kinderen die al een scoliose hadden.⁶⁴ De naoorlogse welvaart bracht echter niet direct een oplossing, ofschoon het aantal kinderen met ruggegraatsverkromming snel daalde (tabel 3). Tot het einde van de jaren vijftig bleven de artsen klagen dat kinderen die groter of kleiner waren dan het gemiddelde van hun klas in verkeerde banken zaten. Scholen dienden, naar hun oordeel, banken in te kopen in alle maten en exemplaren in reserve te houden, omdat kinderen niet regelmatig maar in spurts groeien. Ofschoon het gebruik van losse tafels en stoelen al in 1953 door deskundigen was geadviseerd,⁶⁵ ging de Provincie daar pas tien jaar later toe over.

Al in de jaren dertig bevalen schoolartsen speciale gymnastiek aan voor kinderen met houdingsproblemen. Maar alle gymnastiek was heilzaam. De schoolartsen waren dan ook blij toen de Duitse bezetter in 1940 aankondigde dat vrijstelling van de verplichting tot het geven van gymnastiek, die formeel vanaf 1920 bestond, niet meer zou worden verleend.⁶⁶ Afgezien van toegenomen kennis omtrent vroege tekenen van rachitische misvorming en een groter bereik van de zuigelingen- en kleuterbureaus, lijkt de daling van het aantal kinderen met houdingsproblemen vanaf het midden van de jaren vijftig (tabel 3) toch vooral een effect van vaste uren gymnastiek op school en van het aanbieden van heilgymnastiek aan kinderen met een beginnende scoliose of andere houdingsproblemen. Het spreekt voor zich dat schoolartsen de selectieautoriteit werden voor deze van gemeentewege verstrekte voorziening.

In de jaren vijftig vinden we telkens opnieuw pleidooien voor meer uren gymnastiek op het rooster, bij voorkeur elke dag een uur. In werkelijkheid was niet meer dan anderhalf tot twee uur per week voorgeschreven.⁶⁷ Deze betogen gingen samen met klachten over het lokaal waarin de lessen moesten worden gegeven, voor zover daar al sprake van was: het was te klein, te vuil of te donker. Soms werden de lessen buiten in de modder gegeven, zo blijkt uit de verslagen. Begin jaren zestig verstommen deze klachten. Toen bouwden de dorpen gymnastieklokalen, meestal voor alle scholen samen. Omstreeks 1960 kenden de schoolartsen gymnastiek een meerwaarde toe als middel om de effectiviteit van het onderwijs te vergroten. Kinderen zouden beter leren als ze lichamelijk gezond en fit waren. Gymnastiek zou bovendien bijdragen aan een 'geestelijke en lichamelijke herbewapening' in de strijd tegen moreel verval zoals 'passieve vrije tijdsbesteding' en 'provo'.⁶⁸ Ook buitenspelen

63 De Beer, *Witte jassen* (n. 2).

64 *Verslag 1935* (n. 53) 22.

65 *De nieuwe school voor het lager onderwijs. Rapport van de Studiecommissie voor Scholenbouw, ingesteld door het Nederlands congres voor Openbare Gezondheidsregeling* ('s Gravenhage 1953).

66 *Verslag 1940* (n. 27); Van Setten (n. 59) *In de schoot*.

67 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1949* (Groningen s.a.) 50.

68 *Verslag 1965* (n. 42) 97.

De gezondheid van het kind

was gezond voor lichaam en geest. Twee in plaats van een speelkwartier per ochtend was daarom geïndiceerd. Vooral jonge kinderen hadden behoefte aan meer gelegenheid om zich vrij te kunnen bewegen, legden de artsen uit.

Vanaf 1949 werden in Groningse dorpen buitenzwembaden gebouwd. De scholen konden daarom in de zomer zwemlessen organiseren voor de leerlingen uit de middelste klassen. De schoolartsen moedigden dit aan, want de zwemkunst redde levens in een land vol sloten en vaarten en bevorderde een goede gezondheid van lichaam en geest. Zoals andere sporten bood zwemmen tegenwicht tegen te veel intellectuele arbeid. Liefst zagen ze alle kinderen in hun district zwemles krijgen. Zoals te verwachten, namen de schoolartsen de verplichte medische keuring van alle kandidaten voor het schoolzwemmen als nieuwe taak op zich.⁶⁹

De voorbeelden van heilgymnastiek en zwemles laten zien hoe de schoolartsen zelf een deel van hun uitdijend takenpakket hebben gecreëerd, over de omvang waarvan ze tussen 1950 en 1970 steeds hebben geklaagd.⁷⁰ Het voorbeeld van de tuberculose *screening* van alle leerlingen illustreert een andere paradox: toenemend toezicht bij een afnemend of zelfs verdwijnend risico. Wat de aantallen gevonden ‘abnormaliteiten’ betreft, zien we geen eenduidige relatie tussen de rapportage en de lichamelijke (on)gezondheid van de schoolkinderen. Voor sommige categorieën is er zelfs een omgekeerde relatie, waarbij meer afwijkingen samengaan met een betere algemene gezondheid.

Toezicht op de geestelijke gezondheid

Het enthousiasme van de Groningse schoolartsen voor gymnastiek en schoolzwemmen laat zien dat ze erin slaagden de lichamelijke en geestelijke gezondheid met elkaar te verbinden. Vanaf de vroege jaren vijftig droegen ze het nieuwe, positieve en omvattende concept van gezondheid actief uit. Zij zagen zichzelf in dit verband als de spil waaromheen alles draaide. Het eerste aandringen op de vestiging van een MOB in de Provincie lezen we in 1952 in een van hun verslagen.⁷¹ In het periodiek gezondheidsonderzoek verschenen echter weinig nieuwe categorieën op de lijst die verband hielden met de geestelijke gezondheid en het was zeker niet zo dat fysieke kwalen werden ingeruild voor mentale. De laatste categorie bleef beperkt tot bedwateren (*enuresis nocturna*), spraakproblemen en achterlijkheid (‘geestelijke achter’). Vergeleken met de fysieke gezondheidsproblemen ging het hier om aandoeningen die zich concentreerden bij de jongere kinderen, op de kleuterschool en in de laagste klassen. De lage frequentie ervan (tabel 4) suggereert daarom ten onrechte dat ze weinig voorkwamen. Wel leed de snel groeiende groep leerlingen in het voortgezet onderwijs die door de schoolartsen werden onderzocht er zelden aan.

Bedplassen (*enuresis nocturna*) werd in 1945 een vaste categorie in het periodiek gezondheidsonderzoek. Het groeiend aantal bedwateraars (tabel 4) verwijst echter niet naar een toenemend probleem maar naar een afnemend taboe. Moeders die hun kind vergezelden bij het onderzoek verloren geleidelijk hun schroom om erover te spreken en naar een remedie te vragen. De Groningse schoolartsen van de naoorlogse jaren waren zich bewust van de complexiteit van het probleem. In overeenstemming met de destijds dominerende

69 *Verslag 1949* (n. 67) 23; *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1959* (s.l. s.a.) 5–7.

70 Bijvoorbeeld: *Verslag 1955* (n. 60) 8.

71 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1952* (s.l. s.a.) 13, 38.

Tabel 4: Gemiddelde percentages door Groningse schoolartsen (exclusief de stad) volledig onderzochte leerlingen met mentale afwijkingen/gebreken naar hun aard

<i>jaar, schoolartsen en onderzochte leerlingen</i>	<i>enuresis nocturna</i>	<i>spraak</i>	<i>achter</i>	<i>nerveus</i>
1930 (2: 2.125)	3,5 (1: 1.076)	–	–	–
1935 (4: 7.850)	3,0 (1: 1.434)	1,4 (1: 1.434)	–	–
1940 (3: 7.651)	1,6 (2: 5.005)	1,5 (2: 5.005)	3,0 (2: 4.801)	–
1945 (6: 12.222)	4,2 (5: 10.106)	0,9 (5: 10.106)	2,1 (5: 10.106)	–
1950 (7: 28.032)	3,8 (5: 19.690)	1,3 (5: 19.690)	3,1 (6: 24.440)	0,8 (2: 9.827)
1955 (7: 28: 163)	5,5	3,8	3,4 (6: 24.385)	6,7 (1: 4.456)
1960 (9: 28.108)	6,2	4,8	4,5 (8: 24.198)	8,9 (2: 6.748)
1965 (9: 27.187)	6,2	3,2	4,8 (7: 20.390)	–
1970 (9: 23.189)	6,5 (7: 19.446)	3,4 (8: 22.678)	3,3 (4: 10.281)	–

(x: x) aantal schoolartsen die hierover informatie verschaften en door hen onderzochte leerlingen voor zover afwijkend van het totaal.

Bronnen: Zie tabel 2.

psychoanalytische kijk op het kind beschouwden zij het bedwateren als een aandoening met een psychosociale achtergrond.⁷² Zij spraken over een ‘neurotische afwijking’, een symptoom van geestelijke ongezondheid of een effect van geestelijke overlading.⁷³ In de jaren vijftig maakten de artsen onderscheid tussen ‘familiaal-hereditaire’ factoren, die zij associeerden met sociaal zwakke gezinnen, en neurotische ‘reactieverschijnselen’ voortkomend uit ‘innerlijke conflicten’ als gevolg van ‘opvoedingsfouten’.⁷⁴ Een van de schoolartsen zag een verband tussen de grote klassen (met soms meer dan 45 leerlingen), het ‘star-klassikale’ onderwijs en de daardoor veroorzaakte verveling bij de ‘hyper-begaafden’ onder de leerlingen.⁷⁵ Overeenstemming bestond er over het feit dat het bedplassen moeilijk te bestrijden was en dat er nog altijd geen effectieve behandeling bestond. Slechts in zeer ernstige gevallen werd een kind ervoor naar de JPD verwezen.

Spraakproblemen zoals stotteren en stamelen – later ook slissen en heesheid – werden eveneens vanaf 1945 systematisch opgespoord. Kort na 1950 vinden we de eerste verwijzingen naar spraakles van logopedisten in dienst van een district. Het relatief hoge aantal spraakstoornissen dat de artsen na het midden van de jaren vijftig vonden (tabel 4), lijkt daarom verband te houden met de beschikbaarheid van spraakleraren. Deze interpretatie wordt ondersteund door de gelijktijdige verdwijning van klachten over een gebrek daaraan. De schoolartsen veronderstelden een psychische achtergrond van de meeste spraakproblemen, zoals blijkt uit het maken van onderscheid tussen stoornissen met en zonder een organische achtergrond. Bijna alle gevonden afwijkingen schaalden ze onder de laatste categorie.

72 *Verslag 1949* (n. 67) 55.

73 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1950* (s.l. s.a.) 66.

74 *Ibidem* 63.

75 *Verslag 1958* (n. 56) 93.

Sommige schoolartsen noemden stotteren een ‘neurotische afwijking’.⁷⁶ Een van hen was overtuigd dat een neurose (‘een chronische conflictsituatie’) de oorzaak was van de meeste spraakstoornissen en dat ‘neurotische stotteraars’ geen baat zouden vinden bij spraakles zolang de ‘innerlijke moeilijkheden’ niet waren opgelost. De behandeling moest daarom pedagogisch of psychotherapeutisch zijn. Op basis van een ‘vooronderzoek’ in zijn district meende hij dat vijf tot zes procent van de schoolkinderen leed aan een spraakgebrek.⁷⁷ Twee jaar later, in 1953, meenden de gezamenlijke schoolartsen in de Provincie dat acht tot tien procent van de kinderen spraakles nodig had.⁷⁸ Zelf namen zij de selectie op zich.

Zenuwachtigheid (*nervositas*) was een slecht afgebakende categorie. De aandoening stond niet op de onderzoeklijst van de schoolartsen en slechts enkelen registreerden het voorkomen ervan (tabel 4). Toch ging het om een veelvuldig waargenomen ziekte, die reden kon zijn een kind voor een paar weken naar een vakantiekolonie uit te zenden. Het kon gaan om een gevolg van te veel of te zwaar schoolwerk of slaapgebrek door spanningen thuis.⁷⁹ In 1960 schatte een schoolarts dat zo’n dertig procent van de leerlingen ‘overmatig nerveus’ was wegens ‘psychische verwaarlozing’.⁸⁰ Huiswerk werd bij herhaling veroordeeld.⁸¹ Jonge kinderen moesten zich in de weinige vrije uren kunnen ontspannen. Slaapgebrek vormde een andere, terugkerende klacht, waarbij het euvel werd gerelateerd aan ouderlijk onvermogen en na 1960 ook aan de nieuwe indringer in het gezinsleven, de televisie.⁸² In 1953 uitten de gezamenlijke Groningse schoolartsen hun onvrede door aan te geven dat de grote schoolklassen bij de kinderen ‘leerremmingen’, ‘neurotische reactieverschijnselen’ en ‘geestelijke overbelasting’ veroorzaakten.⁸³ Niettemin bleven de aantallen verwijzingen wegens nervositeit naar de JPD of het ‘medisch adviesbureau’ beperkt, ondanks herhaalde verklaringen in de jaren vijftig dat ‘[a]chter elke schoolartsdienst een *childguidance*’ ofwel een MOB moest staan.⁸⁴ Vanaf 1960 werden de klassen kleiner en verminderden de klachten over zenuwachtigheid en andere emotionele problemen, terwijl leerproblemen sterk opkwamen als voorwerp van zorg.

Verstandelijke beperkingen vormden in de jaren vijftig en zestig het belangrijkste aspect van geestelijke gezondheid voor de Groningse schoolartsen. Tussen 1939 en 1954 kwam in elk districtscentrum een buitengewone school voor zwakzinnige kinderen tot stand, met uitzondering van Bedum en Zuidhorn, beide niet ver van de stad Groningen. Daar bleef men gebruik maken van voorzieningen in de stad. De schoolartsen wierpen zich op als bestrijders van het verzet van ouders tegen plaatsing van hun kind op een speciale school. Zij spanden zich in om wat zij zagen als onwetendheid en vooroordelen te bestrijden, zoals het idee dat een kind daar niets zou leren of dat het beter af zou zijn in een klas met normaal begaafde kinderen.⁸⁵

76 *Verslag 1950* (n. 73) 66.

77 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1951* (Groningen s.a.) 61.

78 *Verslag 1953* (n. 56) 5–8

79 *Verslag 1955* (n. 60) 35.

80 *Verslag 1960* (n. 27) 85.

81 Bijvoorbeeld: *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1956* (s.l. s.a.) 5–8.

82 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1963* (s.l. s.a.) 5.

83 *Verslag 1953* (n. 56) 7.

84 *Verslag 1952* (n. 71) 38.

85 *Verslag 1953* (n. 56) 76; *Verslag 1956* (n. 81) 49; *Verslag 1963* (n. 82) 120.

Gedurende de hele onderzoeksperiode bleven de schoolartsen verantwoordelijk voor de toelating van de leerlingen tot de speciale scholen. Samen met de hoofden van die scholen, en vanaf het midden van de jaren vijftig ook de psychiater-directeur van de JPD, zaten zij in de toelatingscommissies. Een IQ-test namen zij alleen af wanneer een kind al tweemaal had gedoubleerd en nog steeds niet meekwam in de klas. Het testen van hele schoolklassen maakte evenmin deel uit van het periodiek gezondheidsonderzoek. Daarin werden kinderen ‘geestelijk achter’ bevonden op basis van informatie van de klasseleerkracht. Omdat de leerlingen van de buitengewone scholen, anders dan die van de gewone, in de regel jaarlijks allemaal werden onderzocht, lag het percentage ‘achterlijke’ kinderen vaak hoog (tabel 4). We zagen al dat in twee veraf gelegen districten, Veendam en Winschoten, de scholen voor zwakzinnigen veel leerlingen telden in 1970. De Provincie Groningen als geheel kende echter een relatief lage participatie aan dit onderwijs: 1,3% van de lagere schoolleerlingen in 1950 tegen 2% in Nederland als geheel. In 1962 kende Veendam 5,2% en Winschoten 3,6% leerlingen op deze scholen, tegen 1,9% in de stad Groningen en 3,0% in het land als geheel.⁸⁶

Het groeiend aandeel ‘achterlijke’ leerlingen is een afgeleide van de toename van het aantal scholen voor zwakzinnigen. In de provincie Groningen nam hun aantal toe van zes in 1950 naar 11 in 1962. In dezelfde jaren nam hun leerlingenaantal toe met meer dan 40%, van 689 naar 1.183,⁸⁷ terwijl de geboorten vanaf de late jaren veertig waren teruggelopen.⁸⁸ Met andere woorden, de beschikbaarheid van een speciale school produceerde zwakzinnigheid. Schoolartsen blijken een zeer actieve rol te hebben gespeeld in het bevorderen van het buitengewoon onderwijs. Daarbij beschuldigde ze hoofden van kleine plattelandscholen ervan zwakzinnige kinderen op hun eigen school te willen houden uit vrees voor verlies van leerlingen.⁸⁹ De manier waarop zij aanstuurden op de oprichting van een buitengewone school kende een vast patroon. Eerst zijn er klachten over een ‘noodtoestand’. Zwakzinnige kinderen worden niet aangenomen op een overvolle school in de stad Groningen. Dan wordt een steeds groter aantal leerlingen op verzoek van de leerkracht een IQ-test afgenomen en zwakzinnig bevonden (bij een IQ beneden 80). Daarna rapporteren schoolartsen een hoog percentage kinderen met een verstandelijke beperking en vragen om de oprichting van een speciale school. Meermalen wordt bovendien op hun verzoek alle leerlingen van de twee laagste klassen van een aantal districtsscholen een IQ-groepstest afgenomen door de JPD. Het percentage van deze leerlingen met een laag IQ wordt vervolgens genoemd als het geschat aandeel van de leerlingen in het district dat speciaal onderwijs nodig heeft. Dit kon oplopen tot acht à tien procent. Aan de ouders van deze leerlingen wordt gesuggereerd dat ze geluk hebben omdat hen de ellende van het doubleeren wordt bespaard. Kennelijk lieten de lokale autoriteiten zich op deze wijze gemakkelijk overtuigen, want elke keer als deze procedure werd gevolgd kwam er binnen enkele maanden een school voor zwakzinnigen in het betreffende district. En telkens rapporteert de schoolarts een jaar later dat de school bloeit en voorziet ‘in een zozeer en zolang gevoelde

86 *Statistiek van het buitengewoon lager onderwijs 1948/1949–1950/1951* (Utrecht 1951) 13; *Statistiek van het buitengewoon lager onderwijs 1958–1962* (Zeist 1964) 46–47.

87 *Statistiek 1948/1949–1950/1951* (n. 86) 13; *Statistiek 1958–1962* (n. 86) 21–22.

88 Ter Bogt en Copinga, *Van agrarisch gewest* (n. 22) 57.

89 *Verslag 1955* (n. 60) 15–16, 35; *Verslag 1956* (n. 81) 49.

behoefte' of zelfs al vol is.⁹⁰ In een enkel geval moest een school na verloop van tijd bij gebrek aan leerlingen weer sluiten, zoals het geval was in 1962 in Winsum.⁹¹ Klachten van de schoolartsen dat de ouders het belang van een speciale school voor hun kind niet inzag werden eindelijk herhaald.⁹² De litanie over onwetende ouders kon zelfs een verwijt van debiliteit aan hun adres inhouden.⁹³

De scheiding van leerlingen met een lichte ('debielen') en zware ('imbecielen') verstandelijke beperking verliep op dezelfde wijze. Eerst moesten een of twee scholen voor zwakzinnigen bloeien voordat een schoolarts dit kon suggereren door te klagen dat de aanwezigheid van de 'imbecielen' in de school een negatief effect had op de bereidheid van ouders van 'debielen' om hun verstandelijk beperkte kind een speciale school te laten bezoeken. Zij zouden een deel van de kinderen die op een school voor zwakzinnigen thuis hoorde weggagen. Gescheiden onderwijs zou dus bijdragen aan de oplossing van een groter probleem. Bij een overvolle speciale school dreigden de 'imbecielen' bovendien verstoken te blijven van alle onderwijs. Deze argumenten werden eerst in 1950 in Winschoten gebruikt en drie jaar later in Veendam.⁹⁴

Ofschoon 'partiële defecten' of specifieke leerproblemen zoals dyslexie al vanaf de vroege jaren vijftig figureren in de verslagen van de Groningse schoolartsen,⁹⁵ kwam de eerste LOM-school pas in 1965 in Winschoten tot stand. De volgende opende een jaar later haar deuren in Veendam.⁹⁶ Deze *timing* lijkt verband te houden met de intensivering van het pleidooi van de schoolartsen voor oprichting van dit type scholen. In 1964 lieten ze collectief weten dat de provincie volgens hen ten minste twee van deze scholen nodig had. Ze gebruikten een sterk argument, namelijk discriminatie van het platteland in die zin dat de stad Groningen al drie van dergelijke scholen had, terwijl het platteland met tweemaal zoveel inwoners het nog altijd zonder moest stellen.⁹⁷ Hun collectieve woede-uitbarsting volgde op meer dan tien jaar lobbyen door individuele schoolartsen om erkenning van partiële defecten als reden voor speciale didactische ondersteuning en een risico voor de geestelijke gezondheid bij voortdurende verwaarlozing van de pedagogische noden van deze kinderen.⁹⁸ Soms werd hun lobbyen pas in de jaren zeventig beloond, toen het LOM-onderwijs landelijk snel groeide.⁹⁹

90 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over de jaren 1945 en 1946* (Groningen s.a.) 66–67, 93; *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1948* (Groningen s.a.) 14–15, 23, 75; *Verslag 1949* (n. 67) 23, 32–33; *Verslag 1950* (n. 73) 105; *Verslag 1952* (n. 71) 37; *Verslag 1958* (n. 56) 82, 93.

91 *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Bedum, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1962* (s.l. s.a.) 117.

92 Bijvoorbeeld: *Verslag 1952* (n. 71) 13; *Verslag 1953* (n. 56) 76.

93 *Verslag 1963* (n. 82) 120.

94 *Verslag 1953* (n. 56) 33; *Verslag 1950* (n. 73) 16–17, 96–97; *Verslag 1964* (n. 52) 27, 51.

95 *Verslag 1953* (n. 56) 33; *Verslag van de Schoolartsendienst in de groepen Appingedam, Hoogezand, Veendam, Vlagtwedde, Winschoten, Winsum en Zuidhorn over het jaar 1954* (s.l. s.a.) 6.

96 *Verslag 1965* (n. 42) 101; *Verslag 1967* (n. 44) 57.

97 *Verslag 1964* (n. 52) 5, 27, 71.

98 Het eerste voorstel tot oprichting van een LOM-school dateert van 1953; *Verslag 1953* (n. 58) 33. Zie ook: *Verslag 1955* (n. 60) 8; *Verslag 1956* (n. 81) 5–7. In 1955 schatten de schoolartsen dat 3–10% van de lagere schoolleerlingen in aanmerking kwam voor een LOM-school.

99 Graas, *Zorgenkinderen* (n. 43) 114.

Conclusie

In weerwil van verklaringen over het belang van de mentale gezondheid vanaf de vroege jaren vijftig en een betere fysieke gezondheid van de leerlingen verlegden de Groningse plattelandsschoolartsen hun aandacht slechts in beperkte mate van de lichamelijke naar de geestelijke gezondheid. Zij bleven de meeste aandacht geven aan de lichamelijke gezondheid en namen vele daaraan gerelateerde nieuwe taken op zich, zoals tuberculose *screening* van alle leerlingen, de selectie van kandidaten voor heilgymnastiek en het onderzoek van alle leerlingen die in aanmerking kwamen voor schoolzwemmen. Tegelijk breidde het periodiek gezondheidsonderzoek zich uit en werd het meer gedetailleerd inzake de fysieke gezondheid, terwijl de geestelijke gezondheid maar met een paar aspecten gerepresenteerd werd, met name bedplassen, spraakproblemen en achterlijkheid. De geestelijke gezondheid werd niettemin belangrijk. In overeenstemming met het nieuwe, positieve en omvattende gezondheidsconcept bevorderden de schoolartsen actief activiteiten die volgens hen bijdroegen aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid, zoals gymnastiek en zwemmen. Wat de mentale gezondheid betreft richtte hun aandacht zich echter speciaal op verstandelijke beperkingen en op de uitbreiding van speciaal onderwijs voor zwakzinnige en leergestoorde kinderen. In dit verband hebben ze een zeer actieve en beslissende rol gespeeld, in die mate dat ze geestelijke gezondheidsproblemen als zwakzinnigheid en leerstoornissen hebben geproduceerd op dezelfde manier als de beschikbaarheid van spraakles stotteren en stamelen produceerde. Tegelijk hielden de schoolartsen vast aan hun traditionele ideaal van het ondersteunen en bevorderen van de effectiviteit van het onderwijs door te proberen mogelijke gevaren voor het leervermogen te doen verminderen. Hun wens om de school een veilige plek te laten zijn deed hen kritiek formuleren op niet alleen de hygiënische tekortkomingen van gebouwen en meubilair, maar ook op condities die het leren niet bevorderden, zoals de grote naoorlogse klassen en het strikt klassikale onderwijs als schadelijk voor het geestelijk welzijn van een kind.