



De groei van
professionele zorg
voor de jeugd

Kwetsbare kinderen

Nelleke Bakker

Kwetsbare kinderen

Kwetsbare kinderen

De groei van professionele zorg voor de jeugd

Nelleke Bakker

© 2016 Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veele-
voudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestem-
ming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond
van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting
Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave
in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO
(Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Ofschoon iedere poging is ondernomen om de volgens de auteurswet rechthebbenden van het in het boek opgenomen illus-
tratiemateriaal te traceren, is dit in een aantal gevallen niet mogelijk gebleken. In het onderhavige geval verzoekt de uitgever de
rechthebbende om contract met hem op te nemen.

NUR 848, 766, 133

ISBN folioboek 978 90 232 5465 2

ISBN e-book 978 90 232 5466 9

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Grafische verzorging: LINE UP boek en media bv, Groningen

Omslagontwerp: Sabine van Winsen, De Grafische Keuken, Hilversum

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Assen

Inhoud

Voorwoord IX

Inleiding

- 1 **De eeuw van het risicokind en wat voorafging** 3
 - Zorg als paradox 4
 - Groei van de professionele zorg voor de jeugd vanaf de negentiende eeuw 9
 - Verwetenschappelijking van de zorg voor de jeugd in de twintigste eeuw 12
 - Epidemie en kindwetenschap 16
- 2 **Theoretische perspectieven op de groei van professionele zorg voor de jeugd** 21
 - Medicalisering van de samenleving 22
 - Hygiënisering van het gezinsleven 25
 - Perfectionering van het individu 27
 - Pedagogisering en normalisering van het kinderleven 30
 - Sentimentalisering en sacralisering van het kind 33

Deel I **Zorg voor de fysieke gezondheid van het kind vanaf de negentiende eeuw**

- 3 **De strijd tegen kinderpokken: de koepokinenting, de school en het christelijk gewetensbezwaar (1801-1939)** 39
 - Inleiding 40
 - De voorzienigheid 41
 - Dwingelandij van de overheid 44
 - Ruimte voor gewetensbezwaar 47
 - Conclusie 48
- 4 **Schoolziekten en het ontstaan van de schoolgezondheidszorg (ca. 1900)** 51
 - Inleiding 52
 - School- en leerlinghygiëne 54
 - Hygiënische kennis 56
 - Schoolartsen 59
 - Een beperkte instructie 61
 - Conclusie 63

- 5 **‘Gezonde buitenlucht’ en ‘krachtige voeding’: kinderen en de anti-tuberculosecampagne (ca. 1910-1940)** 67
Inleiding 68
Een kinderarts als wegbereider: Gabbe Scheltema 70
Een pionierende schoolarts: Jan Pigeaud 72
De schoolarts: spil in de preventie 74
Openluchtscholen 76
Kinderuitzending 79
Conclusie 81
- 6 **‘Kweekplaatsen van gezondheid’: vakantiekolonies en de medicalisering van het kindweldzijn (1883-1968)** 85
Inleiding 86
Op kamp met onderwijzer(es)s(en) 88
Winterverpleging en de groeiende inbreng van medische experts 91
Strengere regels en hogere kwaliteitseisen 94
Een mislukte hervorming 97
Conclusie 99

Deel II Uitbreiding van de zorg naar de geestelijke gezondheid van het kind in de twintigste eeuw

- 7 **Geestelijke gezondheid en de opkomst van het psychiatrisch perspectief op de opvoeding (ca. 1920-1975)** 105
Inleiding 106
Medicalisering 107
Neurotisering 110
Geestelijke hygiëne en de school 113
Het MOB en de geestelijke gezondheid 116
Conclusie 120
- 8 **Een beslissende levensfase: over de institutionalisering en professionalisering van kleuterzorg (ca. 1930)** 123
Inleiding 124
Gezondheid 126
Speeltuinen en kolonies voor zwakke kinderen 128
Kleuterbureaus 130
Kleuterscholen 133
Conclusie 134

- 9 Het Medisch Opvoedkundig Bureau en de zorg voor de geestelijke gezondheid van de jeugd (ca. 1950) 139**
Inleiding: een drukke werkdag 140
Een losgeslagen jongen 141
Een depressief gymnasiummeisje 143
Een lastige kleuter 145
De school en de neurose 146
Een agressief jongetje 148
Een verwend jongetje 149
Conclusie 150
- 10 Lichaam en geest: ontwikkelingen in de zorg van de schoolarts (1930-1970) 153**
Inleiding 154
Schoolgezondheidszorg in Nederland en in de provincie Groningen 156
Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen in Nederland en in de provincie Groningen 158
Toezicht op de lichamelijke gezondheid 161
Toezicht op de geestelijke gezondheid 166
Conclusie 170

Deel III Zorg voor geestelijke aandoeningen van het kind, met name na 1945

- 11 Zenuwachtigheid en zorg om het kinderwelzijn (ca. 1900-1970) 175**
Inleiding 176
Zwakke zenuwen (ca. 1905) 178
Een levendige geest (ca. 1905-1915) 181
Zenuwachtigheid en de school (ca. 1905-1940) 184
Een verzameling symptomen (ca. 1920-1940) 186
Van zonde naar ziekte (ca. 1920-1960) 188
Nervositas (ca. 1945-1970) 190
Conclusie 193
- 12 Zorg voor kinderen met leerproblemen en de vestiging van de academische orthopedagogiek (ca. 1945-1965) 197**
Inleiding 198
Selectie voor het buitengewoon onderwijs 199
Een nieuw schooltype 201
Het zwakbegaafde kind 204
Van diagnose naar prognose 209
Conclusie 211

- 13 De school voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden en haar kennispraktijken (1949-1985)** 215
- Inleiding 216
 - De LOM-school: ontwikkeling en selectie 217
 - Deskundigen over het LOM-kind 222
 - Conclusie 226
- 14 Hersenziekten en de ontwikkeling van de kinderstudie (ca. 1950-1990)** 229
- Inleiding 230
 - Hersenletsels als oorzaak van leerproblemen 231
 - Buitenbeentjes 234
 - MBD: een onspecifiek label 237
 - Conclusie 241
- Afkortingen van titels van tijdschriften in de literatuurlijst** 245
- Bronnen** 247
- Fotoverantwoording** 277

Voorwoord

Dit boek vormt de neerslag van een NWO-project dat ik tussen 2002 en 2007 samen met toenmalig promovendus Fedor de Beer heb uitgevoerd: ‘Kinderen en gezondheid: medicalisering – pedagogisering?’ Fedor promoveerde in 2008 op een proefschrift over de geschiedenis van de schoolarts in Nederland tussen 1895 en 1965. Ik onderzocht verwante thema’s uit de preventieve gezondheidszorg voor kinderen, zoals de uitzending van bleekneusjes naar vakantiekolonies. In het verlengde van het project richtte ik mij vervolgens op de uitbreiding van de zorg naar de geestelijke gezondheid van kinderen en op de professionele omgang met de ‘epidemieën’ van leer- en gedragsproblemen en hersenziekten in de laatste halve eeuw. Dit boek vormt de neerslag van het hele project. De hoofdstukken zijn oorspronkelijk verschenen als artikelen in diverse internationale en Nederlands-talige tijdschriften. Die teksten zijn nu op elkaar afgestemd. Samen tonen ze een doorgaande ontwikkelingslijn van toenemende professionele zorg voor ‘risicokinderen’. De welvaartsgroei heeft weliswaar tot een enorme daling van de fysieke ongezondheid van kinderen geleid, maar niet tot een afname van ziekte en waargenomen risico’s. Lichamelijke ziekten zoals tuberculose hebben plaats gemaakt voor mentale aandoeningen zoals ADHD. Door de wisselende aandachtspunten uit de geschiedenis van de preventieve zorg voor kinderen bij elkaar te brengen, ontstaat een beeld van de krachten die verantwoordelijk zijn voor de groei van aanbod en consumptie van professionele zorg voor de jeugd.

Mijn dank gaat allereerst uit naar Fedor de Beer, met wie het een feest was om samen te werken. Voorts ben ik alle anonieme beoordelaars van de tijdschriften erkentelijk voor hun constructief commentaar. Enkele studenten leverden een bijdrage aan het onderzoek in de tijdschriften, met name Bianca van Valkengoed, Milou Smit en Ella Welling. Hun inzet was voorbeeldig. Mijn collegae van de Afdeling Pedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen wil ik bedanken voor hun opbouwende kritiek op een eerdere versie van de twee inleidende hoofdstukken. Sanne Parlevliet was bovendien, net als Fedor, zo vriendelijk om enkele andere hoofdstukken kritisch door te lezen. Oud-collega historisch pedagoog Mineke van Essen leverde waardevol commentaar bij de hoofdstukken over ontwikkelingen in de recente geschiedenis van de orthopedagogiek. Jacques Dane van het Nationaal Onderwijsmuseum (NOM), en voorheen van het Archief en Documentatiecentrum Nederlandse Gedragswetenschappen (ADNG), was

behulpzaam bij het zoeken naar geschikte illustraties. Aan wie mij het liefst zijn, dank ik de ideale omstandigheden waaronder ik dit project heb kunnen uitvoeren.

Nelleke Bakker

Eelde, januari 2016



Inleiding

- 1 De eeuw van het risicokind en wat voorafging
- 2 Theoretische perspectieven op de groei van professionele zorg voor de jeugd



Jongens in een koloniehuis (1963)

De eeuw van het risicokind en wat voorafging

Zorg als paradox

Kinderen worden in de huidige cultuur direct geassocieerd met zorg en bescherming. Die hebben ze nodig. Daar hebben ze recht op. Wij, de volwassenen, omringen ze er graag mee. Ons mededogen lijkt onbegrensd. De zorg kan en moet ook altijd beter, want steeds ontdekken we nieuwe bedreigingen van het kindergeweld. Elk kind loopt wel een risico. Kleine tekorten van opvoeders en verzorgers kunnen voor kinderen grote gevolgen hebben. De kinderen zelf zien we het liefst zonder zorgen, blozend en blij. Ze vormen de toekomst van onze samenleving en iedereen voelt wel aan dat een gelukkige jeugd ertoe doet. De nadruk op zorg laat zien hoe we in onze, westerse cultuur naar kinderen kijken, als kwetsbare wezens jegens wie volwassenen bovenal een zorgplicht dragen. Ouders, professionals en de gemeenschap.

Als het gaat om kinderen van nu draait de maatschappelijke discussie in Nederland met name om de kwaliteit van de jeugdzorg, die volgens critici al heel lang onder de maat is. Onder die zorg valt ook het zwaarste middel, de gedwongen, justitiële jeugdbescherming. Die zet de overheid alleen in ernstige gevallen in, wanneer de veiligheid van het kind bij de eigen ouders onvoldoende gegarandeerd lijkt. Het kan daarbij gaan om ondertoezichtstelling of om een kortere of langere uithuisplaatsing en voogdij. Aan het andere uiterste van het brede jeugdzorg-spectrum vinden we advisering aan ouders en opvoeders bij lichte problemen of risico's. Onzekere ouders kunnen terecht op een inloopsprekbeurt of meedoen aan een opvoedcursus of een thema-avond bij een Centrum voor Jeugd en Gezin, liefst in de eigen woonwijk. Het aantal cliënten van deze wijd vertakte jeugdzorg is in de afgelopen decennia sterk toegenomen, ook in het gedwongen kader. Tussen 2000 en 2007 ging het voor de geïndiceerde en de gedwongen jeugdzorg¹ om een jaarlijkse toename van ongeveer tien procent. In 2007 maakte naar schatting zo'n veertien procent van alle minderjarigen gebruik van enige vorm van geïndiceerde zorg of speciaal onderwijs.² Deze groei is opvallend omdat het aanbod van vrijwillige ondersteuning en hulpverlening vanaf 1990 juist is ontwikkelend om de sterke groei van het aantal opgelegde maatregelen van jeugdbescherming te kunnen keren. Preventie werd het nieuwe trefwoord. Het heeft niet gewerkt. De hulpvraag blijft groeien. De overheveling van de provincies naar de gemeenten in 2015 kan worden gezien als een poging alsnog paal en perk te stellen aan het toenemend jeugdzorggebruik. Betere afstemming en samenwerking in teams moeten meer effectieve zorg opleveren die moeilijkheden in een gezin in een eerder stadium tegemoet treedt.³

Preventie en een betere zorgcoördinatie worden ook nagestreefd middels de Verwijs-index Risicjongeren (VIR), een *database* waarin jeugdhulpverleners sinds 2010 hun zorgen over jongeren wier 'sociale, cognitieve, fysieke of mentale conditie risico loopt' en de aard van de geboden of gewenste hulp moeten vastleggen. De professionals delen informatie, zodat ze de hulp beter kunnen afstemmen. Dat is ten minste het idee. In de praktijk blijken veel jeugdhulpverleners de index niet te willen gebruiken, omdat ze bang zijn dat dat de vertrouwensrelatie met de ouders ondergraaft. De richtlijnen voor het melden van nieuwe gevallen zijn bovendien allesbehalve duidelijk. Het kan gaan om gegronde vermoedens van kindermishandeling, maar ook om vage aanwijzingen zoals een kind dat 'stil overkomt' of van wie de cijfers op school achteruit hollen.⁴ Hulpverleners kunnen daar niet mee uit de voeten. Dat schuurt omdat de VIR juist was bedoeld

als antwoord op de beperkingen van een ander instrument, het Elektronisch Kind Dossier (EKD), dat vanaf 2006 is ontwikkeld in de jeugdgezondheidszorg. Het EKD bevat medische informatie en valt dus onder het medisch beroepsgeheim. Artsen hoeven hun informatie niet met anderen te delen. Daarom opent het dossier, afgezien van evidente gevallen van mishandeling, geen deuren naar de jeugdzorg. Ook hier speelt de vertrouwensrelatie met het kind en zijn ouders een rol. Jeugdartsen willen die niet schaden.⁵ Veel zorgen over de jeugd dus en een algemeen streven risico's via preventie vroeg te bestrijden.

Ten aanzien van kinderen van vroeger, nu volwassen, richten de maatschappelijke zorgen zich vooral op de schade die mishandeling en misbruik in de jeugdjaren tijdens de volwassenheid, vaak een leven lang, veroorzaken. De grote onderzoeken naar seksueel misbruik in de rooms-katholieke kerk en in de jeugdzorg passen helemaal in deze tijd.⁶ De compassie met de slachtoffers is groot. Kindermisbruikers, zoals praktiserende pedofielen, zijn de paria's van nu, over wie doodgewone, overigens vredelievende mensen de ergste straffen zouden willen afroepen. Voor mishandeling van kinderen geldt eveneens dat, ondanks preventieve zorg, geen afname van de frequentie valt waar te nemen. Hoge prevalentiecijfers (tot zo'n 27 per 1000 kinderen in 2010)⁷ zijn in dit verband echter niet los te zien van een opgerekte definitie. Dacht men bij 'mishandeling' van kinderen in de jaren zeventig van de vorige eeuw, toen het probleem voor het eerst op de maatschappelijke agenda verscheen, nog vooral aan fysiek geweld, zo'n twintig jaar later omvatte het begrip in onderzoek en beleid ook alle vormen van lichamelijke en emotionele verwaarlozing, naast emotionele mishandeling en seksueel misbruik. En dat is nog steeds zo.⁸ De ernstige, actieve mishandeling c.q. het toebrengen van leed komt gelukkig minder vaak voor dan de minder ernstige, verwaarlozing c.q. het nalaten van zorg.⁹ Na een aantal fatale inschattingsfouten van jeugdzorgmedewerkers aan het begin van de nieuwe eeuw grijpt men bij een kind in gevaar eerder in. Dat betekent dat de druk op hulpverleners niet snel zal afnemen. Dankzij de maatschappelijke beroering worden misbruik en geweld tegen kinderen nu eerder gemeld en aangepakt.

Waar jeugdzorg niet genoeg lijkt te kunnen worden aangeboden, zou in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) volgens sommigen sprake zijn van overbehandeling en overdiagnostisering. Overal stijgen de aantallen cliënten al jaren, ook in de Jeugd-GGZ. Door een grotere bekendheid met gedragsproblemen bij het publiek melden ouders en leerkrachten een kind eerder aan voor een diagnose en therapie. Zonder diagnose geen hulp, zeker niet op kosten van de verzekeraar. In de meest recente versie van het gezaghebbende, Amerikaanse psychiatrisch handboek, het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases* (DSM) V (2013), zijn weer veel nieuwe aandoeningen opgenomen en zijn de criteria voor bestaande ziekten aanzienlijk ruimer geworden. Volgens critici zullen daardoor nog weer meer mensen – en dus ook kinderen – voor een psychiatrische diagnose in aanmerking komen.¹⁰ Critici van het snel groeiende zorggebruik in de psychiatrie wijzen naar de diagnose-gebonden financiering, de rekkelijke DSM-criteria ('diagnostische inflatie') en vooral ook naar de farmaceutische industrie als factor achter de groeiende zorgvraag.¹¹ Die industrie verkoopt graag pillen met methylfenidaat (amfetamine) aan drukke, impulsieve en slecht geconcentreerde kinderen – zo'n vijf procent van de Nederlandse minderjarigen gebruikt ze¹² – en volwassenen bij wie *Attention*

Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) van het aandachtstekort- en/of het hyperactieve type is gediagnosticeerd. Hetzelfde geldt voor de onverdraaglijke lastpakken en ruziezoekers die met het label ODD (*Oppositional Defiant Disorder*) toegang krijgen tot hulp en dan vaak een kalmerend medicijn krijgen voorgeschreven. Dit alles gebeurt terwijl niemand weet wat het effect is van langdurig gebruik van de voorgeschreven medicatie.¹³ Wie een pedagogische in plaats van een medicamenteuze aanpak van deze gedragsproblemen voorstelt,¹⁴ kan kritiek verwachten van de kant van psychiaters die via onderzoeksfinanciering zelf banden hebben met de farmaceutische industrie.¹⁵ De nieuwste richtlijn voor huisartsen in verband met kinderen en ADHD schrijft overigens voor dat eerst opvoedadvies en gedragstherapie moeten worden aangeboden, voordat men een medicijn voorschrijft.¹⁶ Een poging het snel groeiend gebruik van methylfenidaat door jongeren – een verviervoudiging tussen 2003 en 2013¹⁷ – te beteugelen.

In het debat over deze zaken heeft bezorgdheid om het welzijn van de jeugd de overhand. De hoge prevalentie van kindermishandeling en de groeicijfers van jeugdzorg en geneesmiddelenprescriptie aan jongeren vormen er de basis voor. Het moet anno 2016 dus wel slecht gaan met de Nederlandse jeugd, zou men denken. Uit onderzoek blijkt echter dat dat helemaal niet het geval is. Keer op keer, voor het laatst in 2013, laat onderzoek van Unicef, de VN-organisatie voor kinderen, zien dat de Nederlandse jeugd internationaal aan de top staat voor wat betreft materiële welvaart, gezondheid en veiligheid, schoolprestaties, de kwaliteit van relaties in het gezin en met leeftijdgenoten en het subjectief welbevinden. Vergeleken met de jeugd in twintig andere westerse landen scoren Nederlandse jongeren bovendien zeer laag op gedragsproblemen en risicogedrag, zoals vechten, pesten, middelengebruik en tienerzwangerschappen.¹⁸ Ook ander onderzoek bevestigt dat het goed gaat met de Nederlandse jeugd. Zo heeft, blijkens een grootschalig onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau uit 2011, niet meer dan vier procent te maken met gezondheidsproblemen en veertien procent met enige vorm van gedragsproblemen, zoals ongehoorzaamheid, agressie, pesten of eenzaamheid. Ook scoren Nederlandse ouders volgens dat onderzoek goed wat betreft hun opvoedingsgedrag. Ze bieden ondersteuning en structuur, stellen en handhaven regels, geven daar uitleg over, respecteren en bevorderen de autonomie van hun kinderen en stellen leeftijdsconforme eisen aan hun zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.¹⁹ Precies wat moderne opvoedingsdeskundigen van hen verwachten. Het zijn, kortom, ideale ouders die hun taak volgens het boekje verrichten.

In jeugdland is dus sprake van een paradox. Aan de ene kant een sterk toenemend zorggebruik en aan de andere kant een gelukkige, gezonde en welvarende jeugd met competente ouders, die helemaal geen zorg nodig lijken te hebben. Deze ongerijmdheid vraagt om een verklaring. De eerste wetenschapper die daar een poging toe heeft gedaan is de (inmiddels emeritus) Amsterdamse hoogleraar opvoedingsondersteuning Jo Hermanns. Hij wees in 2009 drie veelgehoorde verklaringen af.²⁰ Die parafrasen wij hier en vatten Hermanns' kritiek kort samen. Er zijn, ten eerste, optimisten die menen dat het zorggebruik toeneemt omdat veel problemen tegenwoordig eerder worden gediagnosticeerd. Deze verklaring blijkt niet houdbaar in het licht van het verschil tussen de feitelijke zorgconsumptie en de door epidemiologen veel lager geschatte zorgbehoefte van kinderen met psychische of gedragsproblemen. Nog grotere optimisten nemen, ten

tweede, deze overconsumptie voor lief en stellen dat het alleen maar zo goed gaat met de jeugd doordat er zoveel professionele hulp word geboden. Hermanns brengt daar tegenin dat van veel interventies nog niet bekend of bewezen is of ze wel effectief zijn, terwijl justitieel ingrijpen zoals ondertoezichtstelling in de helft van de gevallen niet wordt beëindigd omdat het beter gaat maar omdat het kind achttien jaar is geworden. Ook het door rekenaars gebruikte, derde argument dat de problemen zich in een kleine groep concentreren, niet meer dan zo'n vijf procent van alle gezinnen, verwijst Hermanns naar de prullenbak. Daar zou risicocumulatie aan de orde zijn. Sommige groepen allochtonen kennen bijvoorbeeld zowel hoge criminaliteitscijfers als veel opvoedingsproblemen. In de praktijk leidt concentratie van risicofactoren echter niet tot een groter zorggebruik. Zo maken de meeste groepen allochtonen relatief weinig gebruik van ambulante jeugdhulp en GGZ.²¹

Hermanns opperde zelf drie andere, minder optimistische, mogelijke verklaringen. Die hebben allemaal te maken met onze huidige cultuur. De pedagoog ziet, ten eerste, een afnemend tolerantieniveau jegens jongeren. De samenleving beschouwt gedrag van bijvoorbeeld hangjongeren als overlast, dat niet lang geleden nog gold als 'vlegelgedrag' dat hoorde bij jong zijn. Lastig of baldadig gedrag geldt tegenwoordig eerder als een gedragsprobleem waar een professional aan te pas moet komen. Corrigerend optreden door de omgeving lijkt minder geaccepteerd. Een tweede, door Hermanns aangedragen verklaring ligt in het verlengde hiervan: er zou sprake zijn van criminalisering van regel-overtredend gedrag van jongeren bij een toegenomen aangiftebereidheid van burgers. Interventies richten zich daarbij preventief op relatief jonge kinderen die zich hebben bezondigd aan niet meer dan lichte vergrijpen. De samenleving zou hierin zijn doorgeschoten. Maar hoe komt het dat we met zijn allen zo intolerant en interventiebelust zijn geworden? Op die vraag blijft de pedagoog het antwoord schuldig. En het is maar de vraag of we inderdaad intoleranter zijn dan in voorgaande perioden. De jaren na de Tweede Wereldoorlog lijken bijvoorbeeld nauwelijks te overtreffen qua interventiebereidheid in de jeugdzorg.²² Meer muziek zien wij dan ook in de derde, door Hermanns aangedragen verklaring. Die betreft een tendens om opvoedingsopgaven vanuit een psychopathologisch of orthopedagogisch perspectief te bezien. Opvoedproblemen worden in toenemende mate vertaald in ontwikkelingsstoornissen, psychiatrische ziekten, handicaps of disfunctionele gezinsrelaties, waarvoor professionele hulp nodig wordt geacht. Een goedwillende leek voldoet niet meer. Deze professionalisering van pedagogische hulp noemt hij 'psychopathologisering' en 'orthopedagogisering', naar de betrokken beroepsgroepen van kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen en orthopedagogen. Hermanns erkent dat dit proces al wat langer aan de gang is, maar beperkt zich tot het benoemen ervan. Een verklaring voor ontstaan en voortgang van dit proces geeft hij niet.

Dat kan ook niet, want de groei van de professionele zorg voor de jeugd is al meer dan een eeuw aan de gang. De psychopathologisering en orthopedagogisering van de hulp zijn latere fasen. We hebben historische kennis nodig voor inzicht in de problemen van vandaag. Die kennis relateert, zodat we die problemen rustig onder ogen kunnen zien, in samenhang met de maatschappij en cultuur waarbinnen ze zich voordoen. De geschiedenis biedt inzicht in de samenhang tussen concrete zorgarrangementen en de context waarin die tot stand zijn gekomen. Hoe ontwikkelde zich een nieuw type zorg?

Voor welke problemen moest het een oplossing bieden? Op welke groepen kinderen richtte het zich? Waarom koos men voor deze aanpak? Hoe kwamen juist deze professionals aan het roer van dit type zorg te staan? Werden de beoogde doelen bereikt? En hoe kwam vervolgens weer een nieuw type zorg tot stand? Dit boek geeft vanuit een langetermijnvisie antwoord op deze vragen. Het schetst de geschiedenis van de groei van professionele zorg voor kwetsbare kinderen in de afgelopen anderhalve eeuw. En omdat de groei van jeugdhulpverlening voortgaat in het heden, gaat dit boek ook over het heden.

De in dit boek beschreven zorg beperkt zich tot de preventieve en vrijwillige varianten, gericht op het bevorderen van gezondheid en welzijn van 'risicokinderen'. De gedwongen hulp aan delinquente jongeren en zeer ernstig falende ouders via het justitieel apparaat blijft buiten beschouwing. Dan is er al veel fout gegaan. Ook de medische en pedagogische zorg voor ernstig zieke of gehandicapte kinderen komt niet voor in dit boek. Hier gaat het om de mechanismen achter de groei van de zorgconsumptie. Die concentreert zich in het 'lichtere' genre. Anders dan de 'zware' hulp bij ernstige problemen roept die 'lichte' zorg vragen op over nut en noodzaak. Elk van de hierna volgende hoofdstukken analyseert een nieuw zorgarrangement rondom risicokinderen van toen. Daarbij komen, naast de hiervoor genoemde vragen, ook die naar nut en noodzaak aan de orde. De antwoorden van de aanjagers van de betreffende zorg bezien we in het licht van de relevante maatschappelijke context, de heersende cultuur en de stand van de wetenschap van het kind in de betreffende periode. Wellicht kan de geschiedenis van de preventieve zorg ook een verhelderend licht werpen op de recente toename van vraag en aanbod op de zorgmarkt. Die is deel van een langer lopend proces, waaraan wetenschappers en andere professionals zelf bijdragen. Met hun, veelal verontrustende, bevindingen over risicjongeren en hun gedrag voeden zij immers de maatschappelijke onrust. Die hebben zij niet gesticht, maar door een klein vuurtje aan te wakkeren, kan men een fikse brand veroorzaken. Zou zoiets aan de hand kunnen zijn? Het zijn in ieder geval deskundigen die bepaald gedrag definiëren als een probleem waarvoor hulp is geïndiceerd. Met hun kennisproductie bewaken zij de grens tussen wat een samenleving wel of niet als normaal wenst te aanvaarden. Het is duidelijk dat het normale kind veel terrein heeft moeten prijsgeven aan het risicokind. Zo veel, dat we volgens de Vlaamse kinderrechtencommissaris Bruno Vanobbergen de huidige eeuw, onder verwijzing naar de twintigste als 'de eeuw van het kind', gerust 'de eeuw van het risicokind' kunnen noemen.²³ Dit boek laat zien hoe het zo is gekomen.

Deze inleiding schetst eerst de hoofdlijnen van de geschiedenis van de groei van professionele zorg voor de Nederlandse jeugd sinds de negentiende eeuw. In de twintigste eeuw kregen bestaande en nieuwe vormen van zorg veelal een wetenschappelijk fundament. Langs deze historische ontwikkelingslijnen introduceert dit hoofdstuk de inhoud van de delen en hoofdstukken van dit boek. Hoofdstuk 2 bespreekt een aantal relevante theoretische concepten, die richting zullen geven aan de analyse van de groei van de professionele zorg in termen van oorzaken, sturing, determinanten en gevolgen. De volgende hoofdstukken staan op zichzelf en kunnen afzonderlijk worden gelezen, maar ze tonen een doorgaande ontwikkelingslijn en zijn inhoudelijk op elkaar betrokken. Enige overlap was niet te vermijden, want sommige instituten bevonden zich in

het hart van de preventieve zorg voor de jeugd. Uit het vervolg zal blijken dat de toenemende betrokkenheid van professionals en de groeiende zorgconsumptie met elkaar samenhangen. Ze ontmoeten elkaar in het uitdijende gebied van de preventieve zorg, tussen normaal en abnormaal, ziek en gezond.

Groei van de professionele zorg voor de jeugd vanaf de negentiende eeuw

Het was de Franse postmodernistische filosoof Michel Foucault (1927-1984) die ons vanaf de jaren zestig en na zijn dood via postume uitgaven heeft gewezen op de rol die deskundigen vanaf de achttiende-eeuwse Verlichting spelen in het problematiseren van bepaald gedrag en op de macht die zij daaraan ontleen. Eerst deed hij dat door de instellingen waar mensen met afwijkend gedrag werden opgevoed of verpleegd aan te wijzen als 'disciplinerende' en 'normaliserende' instituten, later vooral door te tonen hoe mensen zichzelf een collectieve gedragsnorm opleggen. Artsen nemen in zijn onderzoek steeds de voornaamste plaats in, of het nu gaat om de omgang met krankzinnigen of om collectieve opvattingen over (ab)normale seksualiteit. In de negentiende eeuw waren zij bij uitstek de grenswachters van de normaliteit.

De Verlichting bracht rond 1800 een nieuwe omgang met mensen die afweken van de geldende norm. Foucault heeft daar als eerste op gewezen, maar een leger historici heeft er naderhand meer gedetailleerd onderzoek naar gedaan. Uitstoting, brandmerking of doding op last van het gerecht maakten plaats voor herderlijke zorg voor zieken, gebrekkigen, psychiatrische patiënten en delinquenten. Daarvoor moesten dezen worden opgesloten in een instelling. In het ziekenhuis, de gevangenis en het krankzinnigengesticht probeerden artsen hen voortaan te verbeteren of te genezen.²⁴ Deels houdt die nieuwe aanpak verband met wetenschappelijke innovatie, zoals de grote vorderingen in de pathologie dankzij de klinische praktijk van obductie van overleden patiënten. Toen de oorzaak van het overlijden vaker bekend was, konden meer zieken worden genezen. Medisch historici spreken in dit verband over de 'therapeutische revolutie' van het midden van de negentiende eeuw.²⁵ Ook delinquenten en psychiatrische patiënten hoopte men via een morele behandeling te kunnen genezen van hun wanen of wangedrag. Terugkeer in de samenleving werd een serieuze optie. En ook daar werd hulp bij geboden in de vorm van reclassering en nazorg.

In de loop van de negentiende eeuw ontstond vervolgens de sociale geneeskunde, die de hele samenleving gezond wilde maken door preventie van ziekten.²⁶ De voortrekkers daarvan waren hygiënisten, die de publieke en private ruimten van vuil en besmettingsgevaar wilden ontdoen. De grote epidemieën van dodelijke besmettelijke ziekten als cholera, pokken en tyfus, die vooral in de steden zeer veel slachtoffers maakten, vormden er de aanleiding voor.²⁷ Grote publieke sanitaire werken – met name de aanleg van riolering, waterleiding en georganiseerde vuilafvoer – hebben er veel aan bijgedragen dat de steden van Europa en Noord-Amerika na 1873 voor dergelijke epidemieën gespaard zijn gebleven. Kinderen werden vooral getroffen door de pokken. Ze konden eraan overlijden, blind worden of er een getekend gelaat ('pokdalig') aan overhouden,

zoals hoofdstuk 3 in dit boek uiteenzet. Kinderpokken zijn vanaf het begin van de negentiende eeuw effectief bestreden middels vaccinatie, de koepokinenting, die was gekoppeld aan het schoolbezoek. Zonder een bewijs van vaccinatie kon een kind niet schoolgaan.²⁸ En dat was sinds de invoering van de leerplicht in 1901 niet langer vrijblijvend. Het preventieve middel bleef lang omstreden, omdat orthodoxe protestanten er een ontoelaatbare inmenging in de wil van God in zagen. Die kregen hun zin. Vanaf 1928 was de vaccinatie niet meer verplicht. Ook het sinds 1952 uitgevoerde Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen is daarom nog altijd gebaseerd op het principe van vrijwillige deelname. Daarin worden zuigelingen, kleuters en schoolkinderen ingeënt tegen een veelvoud van ziekten, die dankzij de deelname van meer dan 95 procent van de kinderen nagenoeg zijn uitgeroeid.²⁹ Jeugdartsen, werkend op de consultatiebureaus voor nul- tot vierjarigen en op de scholen (hoofdstukken 4 en 10), dragen zorg voor de uitvoering. Deze bureaus en diensten bestaan sinds het begin van de twintigste eeuw. Preventieve zorg voor de gezondheid van alle Nederlandse kinderen, ofwel kinderhygiëne, is hun opdracht. De pokkenvaccinatie is te beschouwen als een voorloper daarvan. Haar geschiedenis illustreert de niet aflatende spanning tussen enerzijds dwang of drang vanwege de overheid, uitgeoefend in het belang van het kind, en anderzijds de vrijheid van ouders om zich daartegen te verzetten.

In het strafrecht zien we aan het begin van de negentiende eeuw voor het eerst speciale aandacht voor het kind. Dat stemt overeen met het verlichte streven naar een goede opvoeding van alle burgers van de staat, niet alleen de geprivilegieerden. Het volksonderwijs onderging een sterke groei en overal experimenteerden pedagogen met verbetering van het in hoofdzaak klassikale onderwijs aan de nieuwe massa's die de klaslokalen bevolkten.³⁰ Het geloof in de macht van de opvoeding was groot. Dat verklaart het doorbreken van het inzicht bij vooruitstrevende juristen dat men kinderen beter niet samen met volwassen misdadigers kan opsluiten, evenals het geloof in de onschuld van het criminele kind. Het was de omgeving die tekortschoot. Die had nagelaten het kind de goede weg te wijzen of het te corrigeren bij de eerste, kleine overtreding. Haar was het aan te rekenen wanneer een kind van het rechte pad af raakte. De consequentie van die gedachte was dat men jeugdige criminelen niet meer alleen wilde straffen maar vooral (her)opvoeden. Zo kwamen overheden ertoe aparte gevangenissen in te richten voor ontspoorde jongens en meisjes, in Nederland respectievelijk in 1833 en 1836, zodat ze niet meer moreel konden worden 'besmet' door volwassen misdadigers.³¹

Hetzelfde verlicht-pedagogische denken inspireerde overal in West- en Midden-Europa tot oprichting van instellingen waar verwaarloosde jongeren aan een heropvoeding werden onderworpen. Wat de ouders hadden nagelaten konden instellingen beter, zo was de gedachte. Het ging om de ouders van de ontelbare armoedige en hongerige kinderen die in Europa de tol betaalden van economische malaise en sociale ontwrichting. De burgerij achtte die paupers sowieso niet tot een behoorlijke opvoeding in staat: ze misten kennis en beschaving. Om dat recht te zetten ontstond in het midden van de negentiende eeuw op het platteland een archipel van heropvoedingstehuizen, betaald en geleid door particulieren.³² Het idealisme van deze filantropen kon zijn ingegeven door het pedagogisch optimisme van de Verlichting, maar ook orthodox protestantisme en het rooms-katholieke geloof inspireerden tot dergelijke initiatieven. Burgers die zich-

zelf organiseerden, de opkomende *civil society*, vonden in de zorg voor verwaarloosde kinderen een mooie uitdaging.³³

Tegen het einde van de negentiende eeuw had het heropvoedingsideaal zo ver wortel geschoten dat juristen aandrongen op wetgeving die de overheid toestond kinderen tegen de zin van hun ouders uit het gezin weg te halen en in een instelling te plaatsen, liefst ver weg van de 'verderfelijke' stad. Tekortschietende opvoeding zag men toen vooral in de snel groeiende arbeiderswijken van de grote steden. Daar werd het vuil nu wel afgevoerd, maar de onzedelijkheid tierde er welig, volgens de nette burgers. Hun tolerantie jegens straatschenderij en kleine criminaliteit bereikte een dieptepunt. Opvoeding door professionals in een instelling gold als oplossing voor de verontrusting onder de burgers. Een diploma hadden deze beroepsopvoeders meestal niet. Soms waren het onderwijzers of onderwijzeressen, maar vaker goedwillende leken, zoals huishoudsters en afgedankte militairen.³⁴

Zo kwamen overal in de westerse wereld omstreeks 1900 kindervetten tot stand die de staat toestonden in te grijpen bij een falende opvoeding. In Nederland traden in 1905 een Burgerlijke en een Strafrechtelijke Kinderwet in werking. De eerste creëerde het 'voogdijkind' van 'slechte' ouders die hun kind verwaarloosden en daarom de ouderlijke macht verloren. Het kind kwam onder voogdij van een instelling en woonde in een kinderbeschermingstehuis of bij een pleeggezin. De tweede regelde de plaatsing van boefjes of 'regeringskinderen' in een rijksopvoedingsgesticht of tuchtschool, waar ze aan een dwangopvoeding werden onderworpen. Hiermee haalde de wetgever overlast gevende kinderen van de straat en uit huis om ze alsnog een passende opvoeding te geven. Pas na verloop van tijd groeide het idee dat kinderen niet te snel van hun ouders moeten worden gescheiden en dat toezicht op het gezin beter werkt dan ouders buiten spel zetten door ze hun macht te ontnemen. Het leidde ertoe dat achtereenvolgens de onder-toezichtstelling (1921) van een verwaarloosd kind, uitgevoerd door een gezinsvoogd op last van de kinderrechter, en gecontroleerde woonvoorzieningen voor 'onmaatschappelijke' gezinnen tot stand kwamen. Het apart wonen van 'onmaatschappelijken' gebeurde voor de Tweede Wereldoorlog in speciale stadswijken, daarna vooral in kampen op het platteland van Drenthe en het noorden van Overijssel.³⁵ Het toezicht en de begeleiding waren er in handen van maatschappelijk werksters, terwijl de kindertehuizen pas na de Tweede Wereldoorlog gebruik konden maken van gediplomeerde groepsopvoeders. Daarvoor creëerde men toen een opleiding. Het zou overigens tot omstreeks 1970 duren voordat meer dan de helft van de groepsleiders een vakdiploma op zak had.³⁶ Het gebrek aan deskundig personeel was een van de vele kritiekpunten op de kinderbescherming.³⁷ Kritiek die nog altijd bestaat en tegenwoordig veelal de vorm aanneemt van kritiek op tehuisopvoeding als zodanig. Die zou onder andere meer risico op seksueel geweld in zich dragen dan pleegzorg.³⁸

Verwetenschappelijking van de zorg voor de jeugd in de twintigste eeuw

De groei van professionele zorg voor de jeugd zette met kracht door in de twintigste eeuw, steeds vaker in de vorm van verwetenschappelijking. De sociale en de kinderge-

neeskunde konden in de eerste eeuwhelft als jonge academische specialismen voortbouwen op de praktijk van de kinderhygiëne en de zorg voor met tuberculose bedreigde kinderen en daaraan vervolgens sturing bieden (zie de hoofdstukken 5 en 6). Een ander voorbeeld van wederzijdse bevruchting van zorg en wetenschap is de justitiële kinderscherming. Die vormde de bakermat van de kinderpsychiatrie, die in de jaren vijftig academische erkenning kreeg in de vorm van lectoraten en leerstoelen.³⁹ Onderzoek naar verwaarloosde en delinquente kinderen legde de gevolgen van falende opvoeding bloot in de vorm van gedragsproblemen.⁴⁰ Maar het duurde tot de jaren zestig voordat psychiaters zich meer dan incidenteel, in de vorm van een advies, met de hulpbehoevenden gingen bemoeien. Toen pas gingen zij standaard diagnoses stellen en therapie verzorgen in tehuizen. Deze therapie kwam overigens al snel in handen van academisch geschoolde psychologen en (ortho)pedagogen. Die stroomden omstreeks 1970 voor het eerst in groten getale de arbeidsmarkt op, nadat hun studies waren verzelfstandigd ten opzichte van de wijsbegeerte, onder wier rokken ze na de Tweede Wereldoorlog volwassen hadden kunnen worden.⁴¹ Deze psychologen en pedagogen bedienden de snel groeiende ‘markt van welzijn en geluk’.⁴² Psychiaters bleven overigens een groot deel van de theorie leveren, op basis waarvan diagnoses worden gesteld en kinderen en gezinnen worden behandeld. De betrokkenheid van deze drie professies – artsen, psychologen en pedagogen – vormt de rode draad in de delen van dit boek over de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd, die vooral na de Tweede Wereldoorlog een sterke groei doormaakte.

Voor de ontwikkeling van de kinderpsychiatrie zelf zijn vooral de Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB), zoals beschreven in de hoofdstukken 7 en 9, van betekenis geweest. Het eerste bureau voor ambulante geestelijke gezondheidszorg voor kinderen kwam in 1928 tot stand in Amsterdam, naar het voorbeeld van de Amerikaanse *child guidance clinics*. Die waren vanaf 1921 ontstaan vanuit de behoefte om recidive van jeugdige criminelen te voorkomen. De eerste kliniek bood psychiatrisch onderzoek en behandeling aan in een ambulante setting. De doelgroep breidde zich spoedig uit naar andere groepen jongeren met probleemgedrag. Erger voorkomen – men sprak over ‘preventie’ – was het centrale oogmerk. Hoe effectiever het MOB, hoe minder kinderen hoefden te worden opgenomen in residentiële instellingen en psychiatrische ziekenhuizen.

Het MOB-werk was theoretisch gebouwd op de psychoanalyse van Sigmund Freud, met belangrijke invloeden vanuit de *Individual*-psychologie van zijn afvallige leerling Alfred Adler. Een jonge juriste, Eugenia Lekkerkerker, was naar de Verenigde Staten afgereisd om dit werk te bestuderen. Korte tijd later konden enkele Nederlandse dames er worden opgeleid tot psychiatrisch sociaal werkster. Vrouwen in die functie vormden als enige voltijdse krachten de spil van het MOB-werk. Dat neemt niet weg dat een psychiater aan het hoofd stond van het team van behandelaars, dat verder uit een kinderarts en zo mogelijk een psycholoog bestond. Bij twijfel aan het verstand nam een van hen het kind een intelligentietest af, want kinderen met een subnormaal IQ kwamen niet voor behandeling in aanmerking. De arts verrichtte een lichamelijk onderzoek, terwijl de psychiater via gesprekken de innerlijke conflicten van het kind bloot legde. De psychiatrisch sociaal werkster gaf de ouders advies over de gewenste aanpak van hun kind en wees de weg hoe ze hun ‘neurotisch’ ouderschap konden inruilen voor een ‘gezonde’

houding jegens hun kind.⁴³ De eerste generatie hoogleraren in de kinderpsychiatrie heeft zich kunnen specialiseren aan een MOB.⁴⁴ Daar kregen ook de psychiatrisch sociaal werkers hun opleiding.

Het aantal kinderen onder de vleugels van de justitiële kindbescherming (we spreken pas vanaf 1995 over 'jeugdbescherming') groeide weliswaar doorheen de twintigste eeuw, maar het bleef – gelukkig – een relatief kleine groep. Hetzelfde geldt voor kinderen die wegens psychiatrische problematiek in behandeling kwamen bij een MOB of werden opgenomen in een kliniek. Maar alle kinderen vormen de doelgroep van de kinderhygiëne. De consultatiebureaus voor zuigelingen, evenals de kleuterbureaus, waarvan de eerste respectievelijk in 1901 en 1926 tot stand kwamen, waren – net als de MOB's – vrucht van particulier initiatief. Dat kwam in aanmerking voor subsidie, maar de organisatie van de bureaus bleef tot eind jaren zeventig in handen van de deels op religieuze beginselen gebaseerde kruisverenigingen, die ook wijkverpleging en kraamzorg uitvoerden. Die zijn omgevormd tot organisaties voor thuiszorg, terwijl de kinderhygiëne zich met de schoolartsen verbond tot jeugdgezondheidszorg.⁴⁵

Artsen en pedagogen toonden omstreeks 1930 voor het eerst systematisch belangstelling voor de gezondheid en het welzijn van het jonge kind in de voorschoolse fase. De institutionalisering van de zorg voor deze leeftijdsgroep nam toen een aanvang, zoals hoofdstuk 8 beschrijft. Op de consultatiebureaus voor zuigelingen boden artsen en verpleegsters preventieve geneeskundige zorg. De mortaliteit en morbiditeit van zuigelingen, die sinds de late negentiende daalden, waren sinds hun oprichting versneld teruggelopen. Voor de iets oudere kinderen, bijna even kwetsbaar, was nog veel gezondheidswinst te boeken, zo betoogden hygiënisten. Daarom moesten er ook voor hen hygiënische voorzieningen komen. De nieuwe aandacht ging gepaard met de introductie van een nieuwe naam, 'kleuters', voor kinderen tussen één en zes jaar. Midden jaren twintig zien we de term voor het eerst. De oprichters van het eerste kleuterbureau (1926) en de organisatoren van het eerste Nationaal Congres voor Kleuterzorg (1929) waren vroege gebruikers. Voor die tijd sprak men over kleine kinderen, 'dreumesen' en speelkinderen, de wieg ontgroeid maar nog niet rijp voor de school. Ze waren thuis bij moeder of bezochten een 'kinderbewaarplaats' of, vanaf het derde jaar, een Fröbelschool. Pas toen kleuterscholen in 1956 een wettelijke basis kregen, reserveerde men de term voor de leeftijdsgroep die er school mocht gaan, vier- tot en met zesjarigen. Jongere kinderen werden 'peuters'. Gelijktijdig met de opkomst van de nieuwe term 'kleuter' groeide het besef dat de vroege kinderjaren een beslissende ontwikkelingsfase vormden. Kinderpsychologen als Charlotte Bühler wijdden er studies aan, waarvoor in Nederland belangstelling ontstond. Psychoanalytici als Anna Freud deden daar na de oorlog nog een schep bovenop door de kwetsbaarheid van het jonge kind extra te benadrukken; de vroege kindertijd was een uiterst risicovolle fase, leerden zij. In eerste instantie waren het echter kinderartsen die aandacht vroegen voor deze 'vergeten' groep. Zij wezen op de fysieke gevaren van de vroege kindertijd. Besmettelijke ziekten als mazelen, kinkhoest, difterie en roodvonk maakten daarin nog altijd veel slachtoffers. De dalende zuigelingensterfte maakte als het ware de geesten vrij voor de iets oudere, maar evenzeer risicovolle levensfase. Op de kleuterbureaus vormde de geestelijke ontwikkeling, naast de fysieke gezondheid, een vanzelfsprekend aandachtspunt.

De sterke verzuimdheid van de Nederlandse samenleving tussen omstreeks 1880 en 1970 kleurde de zorg voor het kinderwelzijn in die zin dat naast neutrale ook rooms-katholieke en orthodox-protestantse verenigingen ontstonden. Zoals het onderwijs en de kinderbescherming 'soverein in eigen kring' mochten zijn, zo bestreed men in die jaren de ondervoeding en lichamelijke zwakte van armoedige schoolkinderen langs verzuilde lijnen. Het gaat om de vakantiekolonies, na 1920 officieel 'medische kinderruit-zending' naar 'gezondheidskolonies'. De kolonies waren ontstaan uit een initiatief van onderwijzers die bleke en magere kinderen gedurende een paar weken plezier en ontspanning in de buitenlucht wilden bieden. De schoolprestaties zouden erdoor verbeteren. Dankzij de aan subsidie gekoppelde geneeskundige inspectie gleed dit werk vanaf 1920 echter steeds verder het medisch domein binnen, zoals hoofdstuk 6 schetst. Het moest bijdragen aan de groots opgezette anti-tuberculosecampagne gericht op preventie bij kinderen (hoofdstuk 5). Een (school)arts keurde het kind tweemaal voor de uitzending en tijdens het verblijf controleerde een koloniearts wekelijks de gezondheid van de verpleegde kinderen. Het ging daarbij vooral om de toename van het gewicht, het enig meetbare rendement. De spanning tussen overheid en verzuild, particulier initiatief en die tussen medische en pedagogische professionele ambities vormen terugkerende thema's in dit boek. Bij de kolonies waren het onmiskenbaar de artsen die aan het langste eind trokken. Andere dan medische redenen voor uitzending werden door de inspectie al spoedig niet meer geaccepteerd.

In de hygiëne van het schoolkind heeft de schoolarts steeds een spilfunctie vervuld. Als enige jeugdwelzijnsprofessional was en is hij – en sinds de jaren zestig vaker zij – in dienst van de gemeente. Evenals in andere westerse landen omvat de taak van de schoolarts het voorkomen van de verspreiding van besmettelijke ziekten via de school, vaccinatie en periodiek gezondheidsonderzoek van de leerlingen, het bevorderen van hygiënische schoolgebouwen en geschikt meubilair, alsook het voorkomen van een te zwaar rooster en het geven van gezondheidsvoorlichting aan leraren, ouders en leer-



Kinderen uit een vakantiekolonie aan het strand van Bergen aan Zee (1934)

lingen. Daarnaast was de arts verantwoordelijk voor de selectie van leerlingen voor het speciaal onderwijs en voor bijzondere zorg zoals de vakantiekolonies. In de praktijk vormde de preventieve leerlingenzorg vanaf het ontstaan van de schoolgezondheidszorg in 1904 de voornaamste taak van de schoolarts, zoals de hoofdstukken 4 en 10 laten zien. Anders dan in landen als Engeland mag de Nederlandse schoolarts niet zelf behandelen. Bij een geconstateerde aandoening of gebrek moet hij/zij verwijzen naar een andere arts of professional, zoals een leraar heilgymnastiek (later een fysiotherapeut) of een logopedist.

Die laatsten maken deel uit van het na 1950 snel groeiende leger van nieuwe zorgprofessionals, dat zich toen naast de leerkracht en de schoolarts rondom het risicokind nestelde. Dat geldt ook voor de schoolmaatschappelijk werkster en de schoolpsycholoog. De laatste nam een IQ-test af bij een kind bij een vermoeden van 'zwakzinnigheid' en ondersteunde zo de selectie voor het speciaal onderwijs. De psycholoog bracht een veelvoud van nieuwe tests de school binnen. Daarmee konden leerstoornissen van een andere aard, zoals dyslexie, worden vastgesteld. Sommige leerproblemen konden binnen de reguliere school worden verholpen, andere vroegen om verwijzing naar een gespecialiseerde school, zoals die voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden (LOM). In al die gevallen was een kind aangewezen op individuele didactische ondersteuning door een gespecialiseerde leerkracht, iemand die in de jaren zestig *remedial teacher* ging heten. Zo kwamen gespecialiseerde onderwijzers en later academisch gevormde orthopedagogen de school en haar begeleiding binnen. Schoolpsychologen gingen naast pedagogen en orthodidactici deel uitmaken van schoolbegeleidingsdiensten. Dat gebeurde in de jaren zestig en zeventig, toen de zorgstructuur binnen het onderwijs zich verder uitbreidde. Tegelijk maakte het speciaal onderwijs een enorme groei en differentiatie door en raakten de daarmee verbonden kennispraktijken meer gevestigd aan de universiteiten. De hoofdstukken 12 en 13 zijn gewijd aan de zorg voor het kind met leerproblemen, terwijl hoofdstuk 14 draait om hulp aan onrustige kinderen die nu met ADHD zouden worden gediagnosticeerd.

Leerproblemen zijn slechts een van de geestelijke aandoeningen die na de oorlog in het brandpunt van de belangstelling kwamen te staan. In de jaren vijftig en zestig domineerde in de wetenschappen die zich bogen over de kindergeest de psychoanalyse van Freud. Die heeft vooral lichtere problemen ('neurosen') onder de aandacht gebracht, van angsten tot bedplassen en slaapstoornissen. De MOB's hadden er hun handen vol aan, zoals de hoofdstukken 7 en 9 laten zien. Een stimulans voor de nieuwe belangstelling ging ook uit van de nieuwe definitie van gezondheid die de Wereld Gezondheidsorganisatie (*World Health Organization*, WHO) in 1948 lanceerde. Daarin ging het niet langer om afwezigheid van ziekte, maar om 'een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn'. De gezondheid van het kind werd voortaan bezien in 'socio-psycho-somatische' termen, wat inhield dat men het kind in zijn sociale omgeving bezag en dat kinderhygiëne-professionals naast de lichamelijke ook de geestelijke hygiëne moesten bevorderen.⁴⁶ Onder invloed hiervan hebben schoolartsen sinds die tijd hun aandacht verdeeld over lichamelijke én geestelijke aandoeningen, zoals hoofdstuk 10 beschrijft.

Het oog krijgen voor de geestelijke gezondheid van kinderen in de naoorlogse jaren binnen de kinderhygiëne was overigens een betrekkelijk late reactie, want al omstreeks

1930 kreeg zij van pedagogen en psychologen volop aandacht. De hoofdstukken 7 en 11 laten zien hoe gezaghebbende denkers over opvoeding in die tijd aandacht kregen voor andere aspecten van het geestelijk leven van kinderen dan de moraliteit. Aangemoedigd door nieuwe theorieën over ontwikkeling en geestelijke gezondheid, brachten auteurs de medisch-psychologische dichotomieën van ziek/gezond en normaal/abnormaal naar voren. De nieuwe inzichten leerden dat een verdrietig of 'ontmoedigd' (een term uit de *Individual*-psychologie) kind ongewenst gedrag vertoonde omdat het ziek was, niet uit onwil of een kwade inborst. Gedragsproblemen golden niet langer als verwijtbaar en moesten daarom met begrip tegemoet worden getreden. Alleen de juiste aanpak zou de normaliteit herstellen. Voortaan waren er dus professionals zoals psychologen en pedagogen nodig, mensen die de theorie kenden, het probleemgedrag op de juiste wijze konden interpreteren en op basis daarvan een advies konden geven. Sinds die tijd is opvoeden niet meer iets dat iedereen zomaar kan. Omdat het vizier vanuit de theorie bovendien was gericht op probleemgedrag, en niet op het normale doen en laten van een kind, heeft de nieuwe kijk op opvoeding het zoeken van hulp en advies door ouders gestimuleerd. Deze denkwijze heeft de groei van het aantal MOB's en andere opvoedingsadviesbureaus en vormen van jeugdhulpverlening sterk bevorderd. Opvoedingsonzekerheid is dus, alweer, geen recent verschijnsel dat uit ontwikkelingen zoals individualisering of de veelheid van informatie in de huidige, gemediatiseerde samenleving te verklaren zou zijn, zoals tegenwoordig vaak wordt gesuggereerd. En als de wortels van de orthopedagogisering en psychopathologisering van het gedrag van kinderen ergens in de tijd te vinden zijn, dan is dat lang voordat het individu zo centraal kwam te staan als tegenwoordig het geval is.

Epidemie en kindwetenschap

Dit boek schetst de groei van de professionele zorg voor het kind voor drie opvolgende fasen en daarom in drie delen. Die hebben achtereenvolgens als thema de zorg voor de fysieke gezondheid vanaf de negentiende eeuw (hoofdstukken 3-6), de uitbreiding daarvan naar de geestelijke gezondheid in de twintigste eeuw (hoofdstukken 7-10) en het groeiende zorgaanbod voor kinderen met veelvoorkomende geestelijke aandoeningen, met name na 1945 (hoofdstukken 11-14). De delen corresponderen met de toenemende inbreng van drie soorten professionele expertise: deel I richt zich op de medicalisering, de delen II en III op de psychopathologisering en deel III bovendien op de daaruit ontstane orthopedagogisering van het kinderleven. De hoofdstukken over een specifieke aandoening en de daarvoor gecreëerde medisch-pedagogische arrangementen handelen alle over een probleem dat langdurig veel slachtoffers heeft gemaakt onder kinderen en daarom een serieuze bedreiging van de volksgezondheid vormde, of als zodanig werd ervaren: kinderpokken, tuberculose, zenuwachtigheid, leerproblemen en hersenziekten. Epidemieën die maar niet over wilden gaan. Aan het functioneren van de hersenen toegeschreven stoornissen als ADHD zijn er een actueel voorbeeld van. Deze epidemieën hebben stuk voor stuk het preventiedenken en de institutionalisering daarvan bevorderd.

Elk van deze ziekten of beperkingen had vergaande gevolgen voor de samenleving. Zo spleet de pokkenvaccinatie (hoofdstuk 3) de bevolking lange tijd in voor- en tegenstanders en ook nu is vaccinatie in sommige kringen nog omstreden. De anti-tuberculosecampagne (hoofdstukken 5 en 6) motiveerde bijna een halve eeuw lang mannen en vrouwen uit de gegoede burgerij tot een gigantische filantropische actie, de vakantiekolonies aan de kust en in de bossen die jaarlijks duizenden 'zwakke' kinderen ontvingen. Die actie is qua omvang slechts te vergelijken met de moderne hulp aan ontwikkelingslanden. Ondervoede kinderen moe(s)ten in beide gevallen weldoeners verleiden tot een royale gift. Tot in de welvarende jaren zestig lag de Derde Wereld binnen handbereik. Maar het ging niet alleen om lichamelijk gevaar. Even weg bij de 'onbeschaafde' ouders heette ook heilzaam te zijn voor deze armoedige kinderen. En na de Tweede Wereldoorlog zond men nog jarenlang 'nerveuze' kinderen naar de kolonies, omdat het instituut zichzelf niet wilde opheffen. Deze zenuwachtige kinderen met hun veelvoud van vage klachten, van rusteloos tot slecht slapen, vormden toen al decennia de aanleiding voor bezorgdheid over 'geestelijke overlading' in het onderwijs, zoals hoofdstuk 11 laat zien.

Leerproblemen vormden in de naoorlogse jaren de aanleiding voor een ongekende groei van het speciaal onderwijs (hoofdstukken 12 en 13). Die maakte Nederland vanuit een internationaal perspectief kampioen segregatie van kinderen met een beperking,⁴⁷ een toppositie die we dankzij een streven naar integratie inmiddels hebben kunnen verruilen voor een iets bescheidener plek.⁴⁸ Sinds 2014 moet het 'passend onderwijs' een nog veel groter deel van de leerlingen met leer- en gedragsproblemen – die decennia lang het speciaal onderwijs bezochten – in de reguliere school opvangen. Omdat de aantallen met een stoornis gediagnosticeerde kinderen blijven stijgen, lijkt dat een onmogelijke opgave. Het is bovendien niet te verwachten dat de gewone school hetzelfde niveau van individuele didactische ondersteuning zal kunnen bieden als voorheen het geval was. Dyslectische en hyperactieve kinderen konden voor 1990 terecht op de LOM-school, die bekendstond om haar intensieve, individuele begeleiding van die lastige leerlingen. Juist die goede naam heeft de naoorlogse epidemie van leerproblemen mede in stand gehouden.

De belangrijkste voorloper van ADHD, de hersenziekte *Minimal Brain Damage/Dysfunction* (MBD) die centraal staat in hoofdstuk 14, bracht op het hoogtepunt van haar populariteit als diagnose in de jaren tachtig zoveel strijd en verwarring onder wetenschappers en publiek dat de regering tot tweemaal toe een commissie van deskundigen moest instellen om namens de Gezondheidsraad rapport uit te brengen. Het was beide keren vernietigend. De met MBD geassocieerde leer- en gedragsproblemen bleken te gedifferentieerd en aspecifiek voor een causaal verband met een hersentrauma of een bepaalde disfunctie. Het grote publiek had zich de omstreden diagnose echter toegeëigend en liet haar niet meer los. Naadloos kon het voor MBD-kinderen opgetuigde hulpverleningsapparaat daarna overschakelen naar de uit de Verenigde Staten overgewaaide, alleen op basis van het gedrag gediagnosticeerde, maar niet minder gevarieerde ADHD-problematiek. En naar een goedkope, medicamenteuze behandeling, die sinds de jaren negentig voor veel kinderen de arbeidsintensieve en dus dure gedragstherapie vervangt. Zo leidden de grote aantallen gediagnosticeerde kinderen tot een wijziging in de behandeling. Daarbij kon de overheid, die als draagster van de verzorgingsstaat de geestelijke

gezondheidszorg bekostigt, niets anders doen dan toekijken. Pas recent vormt het terugdringen van het gebruik van medicatie door jeugdige patiënten een beleidsdoel.

Ook op een andere manier bleven de epidemische aandoeningen niet zonder gevolg. Zowel de leerstoornissen als de hersenziekten hebben studie van kinderen met problemen bevorderd en zo de vestiging van academische leerstoelen voor nieuwe vormen van kindwetenschap, zoals orthopedagogiek en kinder(neuro)psychologie, aangemoedigd. Precies zoals de kindertuberculose de kindergeneeskunde vroeg in de twintigste eeuw een goede start heeft gegeven. Hulp aan kinderen met een leer- of gedragsstoornis op een LOM-school vormde het fundament onder een wetenschappelijke orthodidactiek. MBD bood gedragstherapeuten in de jaren zeventig kans om hun aanpak wetenschappelijk te onderbouwen. Als hersenziekte heeft ze vervolgens in de jaren tachtig de kinderpsychiatrie geholpen haar softe imago in te ruilen voor dat van een echte, op neurologisch onderzoek gebaseerde en dus 'harde' wetenschap. De nieuwe biopsychiatrie gaat problemen niet met praten maar met pillen te lijf. Dat scheelt tijd en geld. Volgens haar protagonisten is farmacologisch ingrijpen in het brein bovendien vele malen effectiever dan psychotherapie.

Ziekten en afwijkingen van epidemische omvang hebben de kindwetenschap dus flink vooruitgeholpen. We kunnen echter niet zeggen dat de door wetenschappers gekozen middelen per se effectief zijn (geweest). De tuberculose is bijvoorbeeld niet door de medische kinderuitzending maar door verbeterde hygiëne en voeding en dus door een hogere welvaart teruggedrongen. En de MBD is door de structurerende gedragstherapieën niet verdwenen, maar als ADHD in een veel grotere omvang teruggekeerd. Op individueel niveau kon de gedragstherapie het MBD-kind helpen zijn moeilijkheden te overwinnen door ander gedrag aan te leren. Het is echter de vraag of ADHD-kinderen die kans ook zullen krijgen, al was het maar vanwege de enorme aantallen. De amfetamine die zij krijgen voorgeschreven, in de vorm van Ritalin of Concerta, kan alleen bepaalde symptomen tijdelijk onderdrukken. Zolang het kind zijn pillen slikt. De nieuwe huisartsenrichtlijn is in dit verband een lichtpunt.⁴⁹ Genezing lijkt intussen verder weg dan ooit. ADHD behoort tot de snel groeiende categorie chronische aandoeningen. Patiënten en hun omgeving moeten ermee leren leven. Ze blijven een leven lang patiënt. Dat de symptomen tijdens de adolescentie zouden verdwijnen, zoals oorspronkelijk van overactieve ('hyperkinetische') en slecht geconcentreerde kinderen werd gedacht, gelooft niemand meer.⁵⁰ Vanaf de jaren negentig worden ook volwassenen op grote schaal gediagnosticeerd met ADHD en ADD, de variant zonder hyperactiviteit.⁵¹ Zo werd een kinderziekte volwassen.

De oplossing voor kinder- en gezinsleed heeft de kindwetenschap dus niet gebracht. Maar je kunt, met Foucault in de hand, evenmin zeggen dat kinderstudie deze problemen als zodanig heeft geproduceerd. Zieke en gebrekkige kinderen waren er lang voordat studie van hen werd gemaakt. De 'productie' van de wetenschap ligt in het conceptualiseren van de afwijking als een serieus probleem dat professionele interventie rechtvaardigt, het labelen ervan met een diagnose en het koppelen van een stoornis aan een behandeling met een medicijn of gedragstherapie. Alleen zo is het te begrijpen dat sommige zorgarrangementen er al waren voordat ze deel gingen uitmaken van een campagne tegen een epidemische kwaal of een koppeling met wetenschap tot stand kon

komen. De vakantiekolonies waren er bijvoorbeeld al voordat ze laboratoria van pediatrisch onderzoek en deel van de anti-tuberculosecampagne werden. Ze waren toen deel van een op het arbeiderskind gericht 'beschavingsoffensief' van onderwijzers en filantropen uit de gegoede burgerij. De kolonies werden als het ware uit hun handen gekaapt en ingelijfd in een medisch project. Dit voorbeeld laat ook zien dat oplossingen de neiging hebben hun oorsprong te overleven. De gezondheid van het arbeiderskind was kort na de Tweede Wereldoorlog al zodanig verbeterd dat de kolonies hun officiële doel niet meer konden dienen. Toch werden ze pas veel later opgeheven. Artsen en filantropen hechtten aan het werk en de lokale middenstand zag zijn beste klanten niet graag vertrekken. Precies zoals de farmaceutische industrie het terugdringen van het voorschrijven van ADHD-medicatie niet zal aanmoedigen. De enige vraag die wetenschappers en praktici in dit verband altijd moeten stellen, werd in het verleden te vaak niet gesteld: is deze hulp in het belang van het kind?

Noten

- 1 D.w.z. respectievelijk de zorg op basis van een verwijzing en het ingrijpen via de jeugdrechter.
- 2 Hermanns 2009. Tussen 1980 en 2012 verviervoudigde het aantal nieuwe ondertoezichtstellingen (met een verdubbeling in het laatste decennium): www.statline.cbs.nl (geraadpleegd op 17-09-2015).
- 3 www.nji.nl/transformatie-jeugdhulp (geraadpleegd op 17-09-2015).
- 4 Schepers 2015.
- 5 www.ouders.nl/opinie/het-ekd-is-een-medisch-dossier (geraadpleegd op 31 december 2015).
- 6 Rapport Commissie Samson 2012; Deetman et al. 2011; Deetman et al. 2013.
- 7 Alink et al. 2011, 57.
- 8 Baartman 2009.
- 9 Alink et al., 2011, 54-60.
- 10 Batstra et al. 2012; Batstra & Frances 2012; Frances 2013; Nieweg & Batstra 2012.
- 11 Frances 2013; Frances & Batstra 2013.
- 12 In de VS zelfs het dubbele: Nieweg & Batstra 2012. De Gezondheidsraad (2014) schat het methylfenidaatgebruik op 4,5% van de Nederlandse 4-18 jarigen.
- 13 Nieweg 2010; Dehue 2014.
- 14 Batstra 2010.
- 15 Dehue 2014.
- 16 NHG Standaard ADHD bij kinderen 2014.
- 17 Gezondheidsraad 2014.
- 18 UNICEF 2013.
- 19 14% is een gemiddelde voor de scores van de verschillende typen gedragsproblemen: Bucx 2011, 203.
- 20 Hermanns 2009.
- 21 Gezondheidsraad 2012. Voor Surinaamse Nederlanders geldt dit niet.
- 22 Dekker 2012.
- 23 Vanobbergen 2014.
- 24 Foucault 1971; Foucault 1973; Foucault 1977.
- 25 Rosenberg 1979.
- 26 Foucault 2000a; Foucault 2000b; Petersen 1997.
- 27 Houwaart 1991.
- 28 Rutten 1997.
- 29 Vos & Richardus 2004.
- 30 Lenders 1988.
- 31 Leonards 1995.
- 32 Dekker 1985.
- 33 Janse 2008.
- 34 Bakker et al. 2006, 165-219.
- 35 Bakker et al. 2006, 221-298, 357-375.
- 36 Dimmendaal 1998, 64-82.
- 37 Dekker 2012.
- 38 Rapport Commissie Samson 2012.
- 39 Bolt & Goei, de 2008.
- 40 Hart de Ruyter 1955; Clemens Schröner 1956.
- 41 Amsing & Essen, van 2014.
- 42 Deze term is gemunt door Achterhuis 1980.
- 43 Wurff, A. van der 1987; Wurff, A. van der 1989.
- 44 Bolt & De Goei, de 2008; Goei, de 2001.
- 45 Querido 1973; Huige 2011.
- 46 Buma 1954; Veen, van 1954.
- 47 Pijl & Meijer 1991.
- 48 Minne et al. 2009; Smeets 2007.
- 49 NHG Standaard ADHD bij kinderen 2014.
- 50 Dat stond nog in DSM II (1968), niet meer in DSM III (1980): Barkley 2006a.
- 51 Conrad 2007.