Een beslissende levensfase: over de institutionalisering en professionalisering van de zorg voor jonge kinderen

Nelleke Bakker (Rijksuniversiteit Groningen)

URN:NBN:NL:UI:10-1-100816

Samenvatting
Overal in de Westerse wereld verhoogden kindwetenschappers omstreeks 1930 hun inspanningen om de vroege kindertijd te institutionaliseren. In Nederland kwam in 1929 een Congres voor Kleuterzorg bijeen op initiatief van jeugdartsen die verontrust waren over de hoge mortaliteit en morbiditeit onder jonge kinderen. Daar gaf men het startsein voor een proces van professionalisering van de zorg voor deze leeftijdsgroep. In dit artikel staat de vraag centraal welke zorgen dit proces hebben aangedreven en welke instituten en technieken zijn bevorderd door pioniers op dit terrein. In de crisisjaren zijn weinig nieuwe instituten tot stand gekomen, maar oude zijn aangepast aan de behoeften van kleuters, zoals consultatiebureaus en gezondheidskolonies. Elk van deze voorzieningen groeide snel. Tabellen, grafieken en toezicht op groei en ontwikkeling werden belangrijke technieken. Naarmate de fysieke gezondheid van kleuters verbeterde, verschoof de belangstelling naar geestelijke gezondheid en ontwikkeling. Het bevorderen van de gezondheid bleef het centrale doel. De ontwikkelingspsychologie en psychoanalyse inspireerden tegelijkertijd tot een kijk op de vroege kindertijd als een van crisis en risico's. Daardoor raakten experts er in toenemende mate van overtuigd dat jonge kinderen beter af waren in instellingen als dagverblijven en kleuterscholen dan thuis, een tendens die direct na de Tweede Wereldoorlog zou omkeren.

Correspondentieadres: p.c.m.bakker@rug.nl

Inleiding

Op 24 en 25 mei 1929 verzamelden zich in Amsterdam zo'n driehonderd kinderartsen en andere deskundigen voor het eerste Nederlandse Congres voor Kleuterzorg. Doel was te komen tot 'practische kleuterzorg'. Het initiatief voor het congres was uitgegaan van hygiënisten, met name de Vereeniging voor Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging, de Amsterdamsche Raad voor Kinderuitzending en de Nederlandsche Vereeniging van Schoolartsen. Aanleiding was de positieve respons op een themanummer van het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde,* waarin was opgeroepen om een 'stelselmatige Kleuterzorg' te ontwikkelen (Kleuternummer, 1928). De onderwerpen die werden besproken varieerden van gezondheid tot kleuterscholen en van kinderziekten tot hygiënische voorzieningen die ontwikkeld zouden moeten worden. Alle sprekers waren het erover eens dat er een kloof bestond tussen de zorg voor zuigelingen en die voor schoolkinderen en dat die zo snel mogelijk moest worden overbrugd. De bestaande voorzieningen bereikten weinig jonge kinderen: Consultatiebureaus voor Zuigelingen zagen alleen baby's tot twaalf maanden, van crèches maakten maar weinigen gebruik en lang niet alle kleuters bezochten een voorbereidende school, instellingen die veelal iedere kwaliteitscontrole moesten ontberen. De verzamelde kinderdeskundigen pleitten er op het congres daarom voor dat Kleuterbureaus de gezondheid van jonge kinderen tot drie of vier jaar zouden bewaken, dat schoolartsen hun hygiënisch toezicht zouden uitbreiden naar kinderbewaarplaatsen en kleuterscholen en dat gemeenten en particulieren speeltuinen en dagkolonies speciaal voor jonge kinderen zouden oprichten. In de afsluitende bijeenkomst werd een nationaal Comité belast met de uitvoering. Nationale organisaties voor kinderzorg in het buitenland strekten tot voorbeeld. Kleuters, en daarmee bedoelde men kinderen van één tot zes jaar, waren niet alleen 'koddig', maar ook ernstig in gevaar, meenden de verzamelde deskundigen (Heijermans, 1929; Verslag, 1929).

Historisch gezien markeert dit congres voor Nederland het begin van een meer systematische en weloverwogen institutionalisering van jonge kinderen en van professionalisering van de zorg voor deze leeftijdsgroep. Natuurlijk hadden Fröbel en Montessori de specifieke educatieve behoeften van het jonge kind al in het licht gesteld en vormden hun denkbeelden een bron van inspiratie voor verbetering van het kleuteronderwijs (Nijkamp 1963; Bakker, Noordman, & Rietveld-van Wingerden, 2006), maar van initiatieven om buiten schoolverband voor deze leeftijdsgroep professionele zorg te ontwikkelen was nog nauwelijks sprake. Ook in andere landen groeiden in het interbellum de initiatieven om de vroege kindertijd te institutionaliseren en via tussenkomst van deskundigen te 'normaliseren' (Rose, 1999). In de Angelsaksische en Fransprekende landen waren het psychologen die in laboratoria en klinieken nieuwe vormen van kinderstudie ontwikkelden. Onderzoek en het bevorderen van het kinderwelzijn gingen er hand in hand, zoals in experimentele kleuterscholen, en bij elk van deze initiatieven erkende men de vroege kindertijd als een beslis-

sende levensfase die speciale aandacht behoefde (Beatty, 1995; Brehony, 2011). Zo ontstonden in deze periode nieuwe wetenschappelijke technieken, zoals grafieken en tabellen van groei en ontwikkeling, en braken nieuwe wetenschappelijke denkwijzen en theorieën door, zoals de ontwikkelingspsychologie en de psychoanalyse, evenals nieuwe pedagogische idealen, waaronder openluchtonderwijs (Turmel, 2008; Bakker, 2009; Bakker et al., 2006). Het Nederlandse congres stond dus niet op zichzelf. Opvallend is wel dat hygiënisten hier het voortouw namen.

In dit artikel bespreek en vergelijk ik de plannen die zijn gelanceerd op dit en de twee volgende congressen over kleuterzorg, die respectievelijk in 1932 en 1938 zijn gehouden. Ik evalueer die plannen en hun realisatie vanuit de vraag wat de kinderdeskundigen zagen als de ontbrekende schakel in de keten van institutionele zorg voor kinderen, welke gevaren volgens hen moesten worden bestreden en welke ontwikkelingen zich daarin hebben voorgedaan. Op die manier probeer ik de voornaamste krachten en hun denkwijzen en preferente technieken te identificeren achter deze 'kolonisering' van de vroege kindertijd door professionals. Volgens Turmel (2008) hebben vooral ontwikkelingspsychologen dergelijke processen op gang gebracht. Vlaamse onderzoekers kiezen zonder uitzondering voor het begrip 'pedagogisering' om de voortgaande groei van het opvoedkundig domein te duiden (Depaepe, Simon, & Van Gorp, 2005), terwijl Nederlandse historisch pedagogen in het interbellum vooral processen van medicalisering van het kinderwelzijn hebben waargenomen, met een verschuiving van de aandacht van het fysiek naar de kindergeest (Bakker, 2005; De Beer, 2008). Ik volg de thema's die op de drie opeenvolgende congressen zijn besproken – gezondheid, speeltuinen, kolonies, Kleuterbureaus en kleuterscholen – en ga na vanuit welke inspiratie men deze terreinen heeft willen 'bezetten'.

Gezondheid

Jonge kinderen hadden meer nog dan de schooljeugd bescherming nodig ten aanzien van hun gezondheid en ontwikkeling, zo betoogde men op het congres in 1929. Hun sterfte was vier maal zo hoog als die van schoolkinderen (Mol, 1929). Afgezien van zuigelingen waren kinderen van één tot zes jaar het meest vatbaar voor ziekte en sterfte. Volgens de hoogleraar kindergeneeskunde die dit thema inleidde waren zij niettemin een 'vergeten groep' omdat de sterfgevallen in die categorie niet talrijk genoeg waren, vergeleken met zuigelingen, en deze kinderen niet zichtbaar bijeen gegroepeerd waren, zoals bij schoolkinderen het geval was. Dankzij de hygiënische verbeteringen in de voorbije decennia was naast de zuigelingensterfte ook de kindersterfte al enorm gedaald, maar die laatste kon nog veel verder terug worden gebracht, meende de arts. Cijfers over kindersterfte in tien Europese landen lieten zien dat Nederland alleen twee Scandinavische landen voor zich hoefde dulden in 1922-25. Terwijl Nederland zich kon laten voorstaan op de snelste daling van de zuigelingensterfte (0-1 jarigen),

kenden de Scandinavische landen een snellere daling van de sterfte van jonge kinderen (1-4 jarigen) en vooral een veel lager sterfteniveau van die groep. Het was mogelijk om Scandinavië te evenaren omdat de jonge kinderen vooral overleden aan besmettelijke ziekten die mee naar huis werden gebracht door hun schoolgaande broertjes en zusjes die er zelf doorgaans niet aan overleden. Infecties als mazelen, kinkhoest, difterie en roodvonk troffen hen harder. Die sterfte was dus te voorkomen. Recente vindingen zoals vaccinaties tegen mazelen en roodvonk zouden daarom aan hen moeten worden toegediend in plaats van aan schoolkinderen, betoogde de kinderarts (Gorter, 1929). Kort na de Tweede Wereldoorlog zou deze wens in vervulling gaan. Toen startte via de consultatiebureaus een nationaal vaccinatieprogramma, waarin onder meer entstoffen tegen kinkhoest en difterie aan baby's en kleuters worden toegediend.

Niet alleen de sterfte onder jonge kinderen was grotendeels overbodig, zo betoogde men in 1929, dat gold ook voor blijvende invaliditeit door infecties, zoals aan ogen en oren. Tuberculose van beenderen en gewrichten, rachitis (Engelse ziekte) en kinderverlamming, die alle orthopedische afwijkingen zoals verkrommingen veroorzaakten, waren eveneens typische kleine-kinderziekten. En al deze ziekten konden worden voorkomen wanneer ze op tijd werden ontdekt, zo zette een orthopedisch chirurg uiteen (Van Assen, 1929). Regelmatige controle op consultatiebureaus was daarom geboden. Verscheidene artsen zetten uiteen dat frisse lucht, zonlicht en vitaminerijk voedsel effectieve profylactica waren. Het wonen in de stad, vooral in bovenhuizen, had jonge kinderen de kans ontnomen op voldoende licht en lucht. Rachitis en tuberculose werden daarom wel aangeduid als 'domestificatie-ziekten' (Heijbroek, 1928, p. 42). Schoolartsen herkenden er de eerste tekenen van, evenals van andere aandoeningen die bij verwaarlozing ernstige gevolgen konden hebben, zoals oog- en oorontstekingen. De gemeenten dienden hun instructies derhalve zodanig uit te breiden dat de leerlingen van voorbereidende scholen voortaan ook periodiek preventief zouden worden onderzocht, meenden de verzamelde kinderartsen (Gorter, 1929; Eijkel, 1928; Haverschmidt, 1929). Enkele steden hadden dat ten tijde van het congres al gedaan, andere volgden in de jaren daarna (De Beer, 2008).

Een van de kinderartsen klaagde op het congres dat onder wetenschappers geen eenstemmigheid bestond omtrent de ideale hoeveelheid voedsel voor ééntot zesjarigen. Voor zuigelingen was die norm er wel. Hetzelfde gold voor de ontwikkeling: 'Ja zelfs is er geen algemeen geldige meening over een normaal gewicht en een normale lengte van deze kinderen'. Als man van de wetenschap gaf de spreker die daarom maar zelf. Een voedingsstandaard voor moeders en voor alle professionals die in de toekomst zouden toezien op de gezondheid van jonge kinderen was volgens hem zo belangrijk omdat 'op geen anderen leeftijd zooveel fouten in de voeding gemaakt worden' (Gorter, 1929, p. 7). In de volgende jaren verschenen er talloze boeken voor ouders en professionals met grafieken en tabellen met het 'normale' gewicht en de 'normale' lengte voor de hele voorschoolse fase, waarbij informatie over de 'normale' ontwikkeling

op cognitief, zintuiglijk, motorisch en mentaal gebied zelden ontbrak (bijvoorbeeld Bigot, 1930; De Boone-Swartwold & Riemens-Reurslag, 1933; Eibink van Beusichem, 1936).

Op de congressen in 1932 en 1938 verheugden de kinderartsen zich over de voortgaande daling van de sterfte van jonge kinderen. Ziekten die in deze leeftijdsgroep veel slachtoffers maakten als mazelen en kinkhoest waren duidelijk op hun retour (Verslag, 1932; Knapper Czn, 1938). Voeding was nog altijd een belangrijk thema in 1932. Een kinderarts had er de internationale deskundigen op nagelezen en zette tot in detail uiteen hoeveel een kleuter precies nodig had van elk van de voedingsstoffen, om tot de conclusie te komen dat het voedselpakket gevarieerd moest zijn en vooral in de winter voldoende groente en fruit moest bevatten en dat de zon ook als een 'voedingsfactor' moest worden gezien (Heijbroek, 1932). Naarmate voedingsschema's voor kinderen boven de twaalf maanden beschikbaar kwamen via de consultatiebureaus die aparte uren voor 'kleuters' waren gestart, verschoof de aandacht van vitaminegebrek als oorzaak van typische kleuterziekten als rachitis en bloedarmoede naar slechte eetgewoonten veroorzaakt door onverstandig ouderschap. Eetproblemen mochten dan algemeen voorkomen bij jonge kinderen, dat nam niet weg dat ouders ofwel te grote porties aanboden ofwel te veel aandacht aan het getreuzel gaven, fouten die we in vele toonaarden tegenkomen in de nieuwe handleidingen voor ouders uit de jaren dertig waarin leeftijd-specifieke gedragsproblemen een centraal aandachtspunt vormden. Ouders van slechte eters heetten of te toegevend of te veeleisend (Bakker, 2009). Daarom hadden zelfs 'normale' kinderen, afgezien van algemene richtlijnen, een individueel voedingsadvies nodig op een van de nieuwe Kleuterbureaus (Van Veen, 1932; Verslag, 1938). Persoonlijk contact en supervisie werden belangrijke technieken.

Speeltuinen en kolonies voor zwakke kinderen

Ofschoon een enkeling van mening was dat goede huisvesting het ABC van de kleuterzorg was, waren de meeste deskundigen het er op het eerste congres over eens dat de kleuter eerst en vooral *uit* de woning moest worden gehaald. Maar de straten waren niet veilig voor de jongsten; juist zij werden steeds vaker slachtoffer van het toenemend verkeer. Op de stoepen liepen grotere kinderen hen onder de voet zodat er van vrij spel in de buitenlucht weinig terecht kwam, terwijl dat precies was wat kleuters nodig hadden. Daarom moesten er op binnenterreinen van woningblokken, waar het veilig spelen was, zandbakken voor hen worden aangebracht. Moeders konden dan een oogje in het zeil houden, maar liefst was er iemand die continu toezicht hield. In volkswijken moesten er daarnaast aparte, liefst bewaakte speeltuinen voor kleuters komen, omdat de tuinen van verenigingen alleen bestemd waren voor schoolkinderen. Zandbakken moesten 's avonds worden afgesloten en alle speelplaatsen dienden onder hygiënisch toezicht te staan. De kosten waren gering, zo betoogde men, omdat de kleuters thuis konden eten en transport niet nodig was (Verslag, 1929;

Heijbroek, 1928; Wymer-van Beusichem, 1929; Heijermans, 1929). Van al deze plannen lijkt weinig te zijn gerealiseerd (Selten, Adriaanse, & Becker, 1996).

Tegenover de lage kosten van speeltuinen stond, zo stelden deskundigen op het congres in 1929, een aanzienlijk hogere kwaliteit van de hygiënische zorg in zogenoemde 'dagkolonies' voor kleuters. Dit waren eenvoudige gebouwen in een park of aan de rand van een stad waar filantropische verenigingen kleuters uit volkswijken in de zomermaanden opvingen met het doel hen te laten genieten van licht, lucht en goede voeding. Net als bij buiten- of openluchtscholen werden de kinderen er per bus of tram naartoe gebracht. De pionier van dit werk, de vroegere Haagse huisarts Mol, inmiddels directeur van een kindersanatorium, mocht er in 1929 op het congres over spreken. Daar vertelde hij zijn, later vaak herhaalde 'stichtingsrelaas' over de genezing van twee rachitische kinderen van twee en drie die hij voorjaar 1919 in een Scheveningse arbeiderswoning had aangetroffen. Door ervaring wist hij dat licht en lucht genazen en dat het zeestrand voor hen dus de beste plek zou zijn. Omdat de moeder nog meer kleine kinderen te verzorgen had, raadde hij aan hen dichtbij het huis in de zon op een matras te leggen. Herstel trad spoedig in. Dat was het begin van de Scheveningse dagkolonie Naar 't Strand, waar hij van april tot september Haagse kleuters met een zwakke gezondheid dagelijks opving in een houten strandpaviljoen (Mol, 1929). Op het congres noemde men kolonies zoals die in Scheveningen de best mogelijke preventieve zorg voor ziekelijke kleuters. Zwakke kinderen vonden er de juiste combinatie van geneeskrachtige én preventieve factoren: licht, lucht, rust, beweging en goede voeding (Verslag, 1929).

In 1932 waren er naast de Scheveningse twee dagkolonies voor kleuters bij gekomen. Naar 't Strand kon intussen beschikken over een groter en meer permanent gebouw in de Haagse duinen. Men had er in het seizoen 1930 maar liefst 240 kinderen opgevangen, verdeeld over groepen die elk zes weken mochten komen. In de bossen bij Arnhem had de vereniging Kleuterzorg, die als eerste aparte bureaus voor moeders met kleuters had opgericht, in 1928 ook een dagkolonie gesticht, Huize 't Zonlicht, die in 1930 al 170 kinderen had ontvangen, in groepen voor vier of vijf weken. In 1937 zou deze kolonie niet minder dan 242 kleuters ontvangen (Knapper Czn, 1938). De Leidsche Buitenschool had een apart kleuterhuis geopend en er waren in 1932 ook nog twee dagkolonies voor kleuters in aanbouw. De nieuwere huizen ontvingen de kinderen het hele jaar door en overal plaatste men kinderen beneden de drie jaar in aparte groepen, omdat zij meer en vooral meer individuele zorg nodig hadden dan de oudere kleuters. In alle gevallen draaiden deze kolonies in de beginjaren op vrijwilligers en droegen filantropen de kosten (Brenkman, 1933; Eijkel, 1931).

Op het congres in 1929 gingen voor het eerst stemmen op om voor kleuters ook aparte residentiele 'gezondheidskolonies' op te richten. Dat was sinds 1920 de officiële naam voor wat de volksmond altijd 'vakantiekolonies' is blijven noemen. Begonnen als vakantiekampen voor schoolkinderen uit achterbuurten, waren die wegens de intensivering van de strijd tegen de tuberculose en bijkomende rijkssubsidie uitgegroeid tot een filantropisch megaproject dat het

hele jaar door kinderen uitzond naar koloniehuizen in de bossen of aan de kust. In 1925 waren zo'n 13.000 kinderen voor vijf of zes weken uitgezonden, in 1932 zouden dat er meer dan 20.000 zijn (Bakker, 2011). In 1929 betoogden enkelen dat uitzending naar internaten voor kleuters 'nog meer noodig' was dan voor schoolkinderen (Heijermans, 1929, p. 83; Verslag, 1929). Echte preventie moest vroeg beginnen. Omdat de groepen kleiner moesten zijn, zouden de kosten hoger uitkomen. Gezien het grote belang moest men dat voor lief nemen, zo had de Hoofdinspecteur der Volksgezondheid al in 1928 aangegeven (Eijkel, 1928). Het initiatief van een van de verenigingen voor kinderuitzending om een apart koloniehuis voor kleuters te openen was alom toegejuicht en op het congres wist de organisatie te melden dat al 200 jonge kinderen wachtten op plaatsing in dit inmiddels geopende huis. Daarmee weersprak men direct de veel gehoorde tegenwerping dat moeders kleuters niet naar een internaat zouden laten gaan (Verslag, 1929).

Andere bedenkingen bij uitzending van jonge kinderen naar een gezondheidskolonie hadden betrekking op de meer intensieve verzorging die daarbij nodig was. Zo stelde de voorzitter van de Amsterdamsche Raad voor Kinderuitzending als voorwaarde dat de kleuters niet veel jonger dan zes jaar mochten zijn en zich in ieder geval zelf zouden moeten kunnen wassen en aankleden (Marsman, 1929). Dat lijkt de praktijk te zijn geworden. In 1930 zijn 385 kinderen tussen drie en zes jaar uitgezonden naar de twee toen functionerende kleuterhuizen (Eijkel, 1931). In de daarop volgende jaren groeide het aantal naar dag- en gezondheidskolonies uitgezonden kleuters snel. We kunnen de groei van de twee typen niet met elkaar vergelijken, omdat de inspectie alleen totaalcijfers geeft. Tussen 1931 en 1935 verdubbelde het aantal uitgezonden kleuters, van 1.079 tot 2.133. Toch zullen ouders hun bedenkingen hebben gehad, want in het jaarverslag van de Inspectie voor de Hygiëne van het Kind lezen we dat de leeftijdsgrens voor subsidie aan de kleuterhuizen in 1935 is verlaagd van drie naar één jaar omdat de behoefte om ook jongere kinderen uit te zenden 'vrij groot bleek te zijn' (Eijkel, 1937, p. 606). Het is meer waarschijnlijk dat de inderhaast opgerichte kleuterkoloniehuizen een te lage bezettingsgraad kenden. Voor de dagkolonies bestond wel grote belangstelling (De Gooijer, 2001).

Redenen voor verpleging in een gezondheidskolonie waren bij kleuters dezelfde als bij schoolkinderen – in beide gevallen ging lichamelijke 'zwakte' royaal aan kop – met dien verstande dat rachitis een belangrijker rol speelde. De selectie liep niet via de schoolarts maar via de pas opgerichte Kleuterbureaus. De door de Inspectie verplicht gestelde medische onderzoekskaart telde één extra vraag, naar een eventuele achterstand in de ontwikkeling (Eijkel, 1931, 1937; Knapper Czn., 1938). Deze kaarten werden belangrijke instrumenten om de groei en gewichtstoename van de uitgezonden kinderen te meten. De daarmee geconstrueerde tabellen en grafieken golden als bewijs voor de effectiviteit van de interventie (Bakker, 2011).

In het debat tijdens het congres in 1929 werd benadrukt dat dag- en gezondheidskolonies voor kleuters beide noodzakelijk waren. Dagkolonies betekenden

een groter risico op infecties, omdat de kinderen 's avonds naar hun mogelijk besmette families terugkeerden. De lage kosten en de geringere weerstand onder de ouders vormden evidente voordelen. Gezondheidskolonies maakten effectiever gebruik van het zonlicht doordat ze ook winterverpleging boden en het besmettingsgevaar was er kleiner omdat de koloniehuizen onder permanente medische controle stonden, terwijl ook de behuizing doorgaans beter was – er was bijvoorbeeld badgelegenheid. De 'opvoedende kracht' van de tehuisverpleging was bovendien groter en dat telde volgens de sprekers vooral bij kinderen 'uit een zeer ongunstig milieu'. Die opvoeding ging verder dan de hygiëne van lichaam en kleding, via het spel voltrok zich de vorming tot arbeidzaamheid. Omdat het debat onbeslist bleef trokken de verzamelde sociaalhygiënisten de conclusie dat elk van de voorzieningen zich verder moest kunnen ontwikkelen (Verslag, 1929). Op de twee volgende congressen over kleuterzorg is het onderwerp niet meer besproken. In 1938 werd alleen gezegd dat de kleuterkolonies groeiden en bloeiden: er werden toen vijf gezondheidskolonies en 15 dagkolonies geteld (Knapper Czn., 1938).[1] De kleuterkoloniehuizen zouden na de Tweede Wereldoorlog onder zware kritiek komen te staan vanwege de scheiding tussen moeder en kind, die een goede hechting en ontwikkeling in de weg zou staan (Bakker, 2011). De dagkolonies daarentegen sloegen de handen ineen en vormden in 1947 een Federatie van Kleuterdagverblijven, die zich richtten op kinderen met een psychosociale problematiek (De Gooijer, 2001).

Kleuterbureaus

Het centrale instituut dat de hygiënische zorg voor jonge kinderen en de voorlichting over voeding en verzorging aan hun moeders zou effectueren werden de Kleuterbureaus. Die konden aanhaken bij het voorbeeld van de sinds 1901 tot stand gebrachte Consultatiebureaus voor Zuigelingen. Net als bij de preventieve zorg voor baby's tot twaalf maanden oud, was het een huisarts die het initiatief nam tot deze bureaus. In 1926 stichtte Christine Bader in Arnhem de vereniging Kleuterzorg. Deze bracht in korte tijd zes 'Kleuterbureaus' tot stand, feitelijk niet meer dan een spreekuur waar de groei en ontwikkeling van de peuter en kleuter werden gecontroleerd en adviezen werden verstrekt. Vanuit deze organisatie ontstond twee jaar later de Arnhemse dagkolonie voor zieke of zwakke kinderen. Bader had congressen en tentoonstellingen in het buitenland bezocht en ze had zich via wetenschappelijke bladen op de hoogte gesteld van de organisatie van de hygiënische kinderzorg in landen als Frankrijk, Duitsland en Engeland (Bader, 1928a, 1928b; Eijkel, 1927). Kort na haar eerste Arnhemse succes werd Bader een van de twee nationale Inspecteurs voor de Hygiëne van het Kind, functies die in 1922 waren afgesplitst van de algemene Inspectie voor de Volksgezondheid. We kunnen er een erkenning van het belang van de jeugdzorg in zien. Ondanks haar hoge status en brede kennis van het vakgebied was Bader in 1929 niet uitgenodigd om het congres toe te spreken. Wel nam ze deel aan alle debatten (Verslag, 1929).

Baders werk gold als een model dat navolging verdiende, onder meer voor de commissie die na afloop van het congres werd geïnstalleerd (Gorter et al., 1931). En zo geschiedde. In de jaren dertig kwam in hoog tempo een groot aantal Kleuterbureaus tot stand, vrijwel altijd opgezet door particuliere verenigingen. De meeste bureaus zagen de kinderen maandelijks, terwijl zuigelingen wekelijks werden gecontroleerd. Bureau-verpleegsters legden ook huisbezoeken af, zodat ook de huiselijke omgeving gecontroleerd werd. Beschikten in 1932 nog slechts twee steden, Arnhem en Den Haag, over Kleuterbureaus, in 1937 waren er al 112 van dergelijke bureaus in het land (Verslag, 1932; Knapper Czn., 1938; Koenen, 1938). Deze bureaus hadden in de jaren dertig natuurlijk nog niet zoveel kinderen onder controle als de populaire Consultatiebureaus voor Zuigelingen – ongeveer 10% van de één- tot zesjarigen tegen 50% van de zuigelingen – maar hun aantal groeide snel. Op het congres in 1938 legden sprekers een verband tussen het werk van de bureaus en de dalende mortaliteit en morbiditeit in die leeftijdsgroep (Koenen, 1938; Knapper Czn., 1938). Lengtegroei, gewicht, zintuiglijke, motorische en cognitieve ontwikkeling werden er zorgvuldig geregistreerd. Zodoende konden de Kleuterbureaus met behulp van tabellen en grafieken uitspraken doen over het 'normale' kind en diens gemiddelde ontwikkeling, zoals de zuigelingenzorg dat voor baby's deed (bijvoorbeeld Heijbroek, Heijbroek-d'Ancona, & Querido-Nagtegaal, 1949).

Wanneer we de debatten op de drie congressen over kleuterzorg met elkaar vergelijken, vallen twee dingen op. In 1932 en 1938 was het geen vraag meer óf Kleuterbureaus nodig waren. Het ging nog slechts over de vraag hoeveel invloed de steden hierop moesten hebben (Knapper Czn., 1938; Verslag, 1932, 1938). Die bleef uiteindelijk gering; ze beperkte zich in hoofdzaak tot het verstrekken van subsidie aan de organiserende verenigingen. Alleen een grote stad als Amsterdam met een aanzienlijke niet-confessioneel gebonden bevolking slaagde erin om de Kleuterbureaus via de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) aan te bieden. Overal elders bleven particuliere, veelal verzuilde kruisverenigingen de zorg voor het jonge kind aanbieden, terwijl de gemeente de schoolartsendienst leidde. Deze taakverdeling lijkt de voornaamste reden waarom een van de sociaalhygiënische desiderata, het creëren van een *carnet sanitaire* naar onder meer Belgisch voorbeeld (Tak, 1930) om groei en ontwikkeling van de geboorte tot het veertiende jaar vast te leggen, in Nederland nooit is gerealiseerd.

De tweede verandering betreft de groeiende interesse in de geestelijke gezondheid en ontwikkeling van jonge kinderen. De Kleuterbureaus zouden in dit opzicht een centrale rol gaan spelen. Terwijl kinderartsen en sociaalhygiënisten in 1929 het congres domineerden, behoorden in 1932 ook twee kinderpsychiaters en een pedagoge tot de sprekers. In 1938 sprak eveneens een psychiater en gaven twee specialisten op het gebied van buitengewoon onderwijs een lezing. Opvoeding en onderwijs waren nu belangrijker thema's. Zo benadrukte de eerste hoogleraar in de kindergeneeskunde in 1932 dat 'geestelijk-moreele kromheid' net zo beperkend was als rachitische verkromming van ledematen en dat beide recht gebogen moesten worden 'als het boompje jong en soepel is'. Hij

waarschuwde met name tegen verwennen, wat hij vooral in kleine gezinnen waarnam. Daar ontbrak de 'opvoedende rivaliteit van kinderen onderling'. In grote gezinnen lagen overal 'gymnastiektoestellen voor den geest' verscholen, zodat de kleinen zich leerden schikken (Scheltema, 1932, p. 97).

Een kinderpsychiater, verbonden aan het eerste Medisch-Opvoedkundig Bureau (MOB), noemde in 1932 de geestelijke gezondheid een centraal aandachtspunt binnen de kleuterzorg. Onder verwijzing naar Piaget en Watson verklaarde ze dat goede gewoonten maar beter vroeg konden worden geleerd en vanuit de psychoanalyse benadrukte ze het belang van 'gevoelsbinding' en identificatie in deze cruciale fase voor het leren de eigen impulsen te beheersen en zich te richten naar de realiteit en de wensen van de ouders. Met behulp van Charlotte Bühlers concept van de *Trotzalter* probeerde ze de toehoorders te overtuigen van het crisiskarakter van de fase van twee tot vier jaar, die in essentie een 'eerste puberteit' was (Tibout, 1932). De pedagoge die op het congres sprak gebruikte hetzelfde concept om institutionele zorg voor kleuters te bepleiten. De moderne psychologie en de Individualpsychologie in het bijzonder onderstreepten volgens haar de grote gevaren van die leeftijd. Slechts langzaam en alleen 'door fijne leiding' groeide de koppige kleuter van zijn 'groote egocentriciteit' naar 'het bewuste wij' (Riemens-Reurslag, 1932, p. 122).

Er waren, volgens deze experts, te veel gevaren die kinderen tussen de wieg en de school bedreigden om hen niet onder deskundige leiding te plaatsen. De geestelijke ontwikkeling in de eerste vijf jaar was beslissend, leerde de nieuwere psychologie. De MOB-psychiater waarschuwde voor onmaatschappelijkheid en neurosen als de latere gevolgen van afwijkingen in de kinderjaren. Gelukkig bood de kleuterleeftijd goede mogelijkheden tot psychiatrische preventie bij onaangepaste kinderen, allereerst op een MOB (Tibout, 1932). Zij en anderen onderstreepten daarom het grote belang van een goede opleiding van de professionals die de Kleuterbureaus en andere instituten zouden gaan leiden (De Vos, 1932; Verslag, 1932).

Op het congres in 1938 besprak men de geestelijke hygiëne van het jonge kind niet langer als iets dat ontwikkeld moest worden maar als een van de centrale taken van de Kleuterbureaus, in samenwerking met de MOB's. Preventie van neurosen gold als een uitdaging voor deskundigen. Het gezin werd nu echter voorgesteld als een omgeving die zelf een gevaar vormde voor een gezonde ontwikkeling. Sociale mislukkelingen, waarschuwde een katholiek kinderarts, waren het gevolg van onvoldoende aandacht voor problemen van de vroege kindertijd, zoals slecht eten en driftbuien (Koenen, 1938). Geestelijke hygiëne voor het jonge kind was intussen een nationaal belang, dat over de zuilen heen reikte. Direct na de Tweede Wereldoorlog zou deze zorg natiebreed een snelle groei doormaken (Bremer, Hengeveld, Huijts, & Meyknecht, 1964).

Kleuterscholen

Kleuterscholen hadden in Nederland een achterstand in te halen, in kwaliteit en in aantal. Er bestonden tot 1956 geen wettelijke garanties voor de kwaliteit van gebouwen, speelgoed en onderwijs, en leerkrachten waren veelal ongediplomeerd. In de jaren dertig hadden nog lang niet alle steden de inspectie door schoolartsen uitgebreid met zorg voor de leerlingen van bewaar- en kleuterscholen (Riemens-Reurslag, 1932; Idenburg, 1932; De Haan, 1938). Dat gebeurde in de naoorlogse jaren (De Beer, 2008). De Wet op het Kleuteronderwijs van 1956 vormde eigenlijk een late reactie op de ontdekking van het pedagogisch belang van de kleuterleeftijd en de noodzaak om aan de specifieke behoeften van die fase via schoolse vorming tegemoet te komen.

Op de eerste twee congressen over kleuterzorg vormde de architectuur van kleuterscholen een belangrijk thema. Zoals de kleuters zelf moesten hun scholen open en fris zijn; ze moesten een maximum aan frisse lucht en zonlicht binnen laten. In de realiteit zat de van nature beweeglijke kleuter echter meestal opgesloten in een afgedankt schoolgebouw dat op geen enkele manier voldeed aan zijn hygiënische behoeften. Ramen en plafonds waren er te hoog om aan zijn 'groei- en bloeibehoeften' te voldoen. Wanden van glas zouden het kleine kind verwarmen. Een goed geschoolde onderwijzeres zou weten hoe ze het lokaal zowel warm als goed geventileerd kon houden. Die wist ook dat de kleinen veel buiten moesten spelen. Bij slecht weer zouden de kinderen zich fysiek moeten kunnen uitleven in een 'huppelgalerij', zo schetste iemand in 1929 de ideale kleuterschool. En natuurlijk moesten de banken worden vervangen door losse tafeltjes en stoeltjes en het sombere schoolbord door wanden in frisse kleuren (Bonebakker, 1929).

In de daarop volgende discussie stelde de directeur van de Amsterdamse GGD dat kleuters niet vroegen om een aantrekkelijke inrichting of mooie kleuren. Aan de behoefte aan licht en lucht voldeed een openluchtschool volgens hem het beste. Desnoods begon men een school met alleen een tent of een loods om bij slecht weer in te schuilen, want 'een speelende kleuter heeft het nooit koud' (Verslag, 1929, p. 20). Zijn voorstel om voor de bouw van kleuterscholen bij voorkeur het model van een openluchtschool toe te passen kreeg de instemming van de vergadering. Op het volgende congres was de discussie over de bouw van scholen versmald tot de verdiensten van het openluchtschoolmodel. Buitenlandse voorbeelden van scholen in stadsparken passeerden de revue en de aanbeveling werd gedaan dat ook crèches het zouden benutten (Verslag, 1932). Vanwege de crisismaatregelen was scholenbouw op het congres in 1938 niet langer een thema.

In de jaren dertig groeide bij wetenschappers de overtuiging dat jonge kinderen beter af waren in crèches en op kleuterscholen dan thuis bij moeder of een oudere zuster. Op het Congres voor Kleuterzorg in 1932 kregen de verzorgsters thuis het verwijt dat ze kleuters om hun 'onbegrepen beweeglijkheid en wispelturigheid' slechts afsnauwden en dingen verboden (De Vos, 1932, p. 134).

Alleen professionals waren verstandig genoeg om hun behoeften te begrijpen. Naar schatting bezocht slechts een derde van de kleuters een bewaar- of kleuterschool, waarbij hun aantal sterk opliep met de leeftijd, zoals de Amsterdamse cijfers lieten zien. Daar bezocht in 1930 maar 4% van de tweejarigen een crèche of school, terwijl 69% van de vijfjarigen een voorbereidende school bezocht. Vooral de vier- en vijfjarigen zouden vanwege de hygiënische zorg en de lessen in goed gedrag gestimuleerd moeten worden om vaker een school te bezoeken. De twee- en driejarigen zouden meer gebaat zijn bij openbare speeltuinen en crèches onder professionele leiding en hygiënische controle (Riemens-Reurslag, 1932).

Op het derde congres in 1938 werd opvoeding van jonge kinderen door beroepskrachten met nog meer aandrang bepleit. Zoals de Kleuterbureaus werden nu ook de kleuterscholen bedacht met een belangrijke rol in de geestelijke hygiëne. Scholen werden aangeprezen om hun 'harmonische normaliseering'. Stimulatie en afremming, poneerde een kinderarts, mochten alleen door deskundigen worden toegepast. Verkeerd toegepast konden ze 'ontwikkelingsstoornissen' zoals remmingen, verstarring, spanningen en angsten veroorzaken. Oefening van de zintuigen moest systematisch gebeuren en zelfs 'vrije ontplooiing' kon alleen door een onderwijzeres worden geleid. Naast een gezonde ontwikkeling bevorderde de school ook het 'gemeenschapsgevoel'. Geen van deze stimulerende omstandigheden trof men aan in het gezin. Vooral voor 'abnormale' kinderen of bij een 'gestoord milieu' was het, volgens de kinderarts, van belang de opvoeding deels over te dragen aan de school. Voor 'moeilijke', 'neuropathische' of 'achterlijke' kinderen was de school vrijwel altijd een zegen. Kleuterscholen, zo meende ze, bevorderden de 'sociale capaciteiten', remden 'antisociale neigingen', demonstreerden regelmaat en orde en deden ingroeien in het 'gemeenschapsleven'. Een rustiger huis zou ook de nerveuze klachten van volwassenen, ontstaan in de kleuterjaren, doen afnemen. Professionele leiding in de kleuterjaren vormde kortom 'het beste prophylacticum ter voorkoming van nerveuze stoornissen voor heel het leven' (Verslag, 1938, p. 272; Van Veen, 1938).

Conclusie

De ontdekking van de vroege kindertijd als een beslissende levensfase die institutionalisering en professionele zorg behoeft op de drie achtereenvolgende congressen over kleuterzorg tussen 1929 en 1938 was om te beginnen gestoeld op de bezorgdheid van kinderartsen over de relatief hoge mortaliteit en morbiditeit van kinderen van één tot zes jaar oud. Afgezien van baby's waren zij de meest kwetsbare leeftijdsgroep. Infectieziekten als mazelen en difterie en invaliderende aandoeningen als rachitis troffen hen harder dan schoolkinderen, terwijl de laatsten onder medische controle van schoolartsen stonden en zij nog niet. Kleuters heetten daarom een vergeten groep. Het was, volgens de congresserende artsen, hoog tijd dat kleuters ook zouden gaan profiteren van de

hygiënische verbeteringen die de sterfte onder zuigelingen zo sterk hadden teruggebracht in de voorgaande decennia. Kleuters, zo stelden de artsen, stierven vooral aan besmettelijke ziekten en die waren te voorkomen. Naast de dood waren ook de blijvende verkrommingen door typische kleuterziekten als rachitis en tuberculose te voorkomen.

Urbanisatie en domestificatie schaadden jonge kinderen, betoogden de sprekers in 1929. Het was daarom van het grootste belang dat het leven in de stad, vooral in bovenhuizen, werd gecompenseerd met een maximum aan frisse lucht en veilige ruimten om vrij te kunnen spelen. Kleuters moesten hun natuurlijke bewegingsdrang kunnen uitleven. Toch kwamen er in de crisisjaren, afgezien van de relatief goedkope dagkolonies, geen nieuwe instituten tot stand. Wel werden bestaande voorzieningen aangepast aan wat men meende dat de specifieke behoeften van jonge kinderen waren; zo kwamen er naast Consultatiebureaus voor Zuigelingen Kleuterbureaus voor preventieve zorg en gezondheidskolonies voor fysiek zwakke kinderen beneden de schoolleeftijd. Ondanks de economische crisis van de jaren dertig groeide elk van deze instellingen snel. Groeitabellen en grafieken, persoonlijk contact en toezicht werden belangrijke technieken. Deze belangstelling voor de ontwikkeling van het jonge kind kwam voor rekening van kinderartsen; psychologen speelden in de jaren dertig nog geen rol. Ofschoon er geen bewijs was voor een causale relatie stelden kinderartsen op het derde congres in 1938 dat de snelle daling van de sterfte en de algehele verbetering van de gezondheid van kleuters te danken waren aan de nieuwe preventieve voorzieningen voor deze leeftijdsgroep.

Wanneer we de debatten op de drie congressen vergelijken, dan valt op dat de kleuterzorg al snel een eigen dynamiek kreeg. Naarmate in de jaren dertig de fysieke gezondheid van kleuters verbeterde, verschoof de aandacht naar hun geestelijke gezondheid en ontwikkeling. Naast kinderartsen traden op de latere congressen ook kinderpsychiaters en een enkele pedagoge op als sprekers. Vanaf 1932 verwachtte men dat de Kleuterbureaus, opgericht om de fysieke gezondheid en groei te bewaken, de centrale instellingen zouden worden om geestelijke ongezondheid te voorkomen. Opvoeding en de emotionele ontwikkeling werden belangrijker thema's, wat niet wegneemt dat artsen kleuterzorg bleven domineren. De ontwikkelingspsychologie en de psychoanalyse inspireerden tot een kijk op de kleuterfase als een van crisis en risico's. In 1938 heette neurosepreventie een voorname uitdaging voor onderwijzeressen op kleuterscholen. In de jaren dertig raakten wetenschappers ervan overtuigd dat jonge kinderen beter af waren op crèches en voorbereidende scholen dan thuis. Alleen professionals zouden hun natuurlijke beweeglijkheid en specifieke behoeften begrijpen. Het ging om spelen, frisse lucht, zon en geschoold toezicht. Dit gebeurde niet zo heel lang voordat die aspecten van de vroege kindertijd in de naoorlogse jaren hoegenaamd geen rol meer speelden in het schrijven over kleuters. Toen ging alle aandacht uit naar de geestelijke gezondheid en vooral naar de affectieve moeder-kind relatie die een voorwaarde werd voor veilige hechting en een normale ontwikkeling. In het interbellum speelden andere expertise dan de

medische en andere argumenten dan de gezondheid nog geen rol van betekenis in de uitbreiding van het pedagogisch domein naar de vroege kindertijd.

Abstract
By 1930 across the Western world child scientists increased their efforts to institutionalise early childhood. In the Netherlands the 1929 Conference on Care for Toddlers, born out of paediatricians' concern about young children's high mortality and morbidity rates, started a process of professionalisation of care for this age group. This article addresses the question which concerns were the moving force behind this process and which institutions and techniques were promoted by pioneers in this field. Few new institutions were created during the crisis-stricken 1930s, but old ones were adapted to fit toddlers' needs, like welfare centres and health colonies. Each of these provisions proliferated quickly. Graphs, charts, and monitoring of growth and development became important techniques. As toddlers' physical health improved, a shift of interest toward mental health and development became manifest. This did not undo the exclusive focus on health promotion. At the same time developmentalism and psychoanalysis inspired a perception of early childhood as one of crisis and risk. That is why experts became increasingly convinced that small children were better off in institutions like day-care centres and nursery schools than at home, a tendency that would be reversed immediately after World War Two.

Noot

1 De Gooijer (2001) telt in haar studie over de geschiedenis van het Medisch Kleuterdagverblijf ten onrechte slechts drie vooroorlogse 'kleuterdagverblijven'. Ik kies er bewust voor de historische term 'dagkolonies' te gebruiken, omdat de verwevenheid met de uitzending naar gezondheidskolonies daarin tot uitdrukking komt.

Literatuur

Bader, Ch. (1928a). Kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne, 30*, 6-15.

Bader, C. (1928b). Kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 6*, Kleuternummer, 39-41.

Bakker, N. (2005). Geestelijke gezondheid en de medicalisering van de opvoeding in Nederland, 1890-1950. *Pedagogiek, 25*, 10-26.

Bakker, N. (2009). De 'goede' opvoeding in het gezin: over veranderende kwaliteitsnormen in de twintigste eeuw. In A. Minnaert, H. Amsing & H. Lutje Spelberg (red.). *Het pedagogisch Quotiënt. Pedagogische kwaliteit in opvoeding, hulpverlening, onderwijs en educatie* (pp. 21-44). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bakker, N. (2011). 'Kweekplaatsen van gezondheid'. Vakantiekolonies en de medicalisering van het kinderwelzijn. *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden, 126*, 29-53.

Bakker, N., Noordman, J., & Rietveld-van Wingerden, M. (2006). *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk 1500-2000*. Assen: Van Gorcum.

Beatty, B. (1995). *Preschool education in America. The culture of young children from the colonial era to the present*. New Haven/London: Yale University Press.

Bremer, J. G., Hengeveld, B, Huijts, J. H., & Meyknecht, A. P. J. (1964). *De zorg voor de kleuter*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.

Bigot, L. C. T. (1930). *Het kind*. Groningen/Den Haag/Batavia: Wolters.

Bonebakker, E. (1929). De gezondheidseischen voor kleutersschoolgebouwen. T*ijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 7*, 18-24.

Brehony, K. J. (2011). Transforming theories of childhood and early childhood education: child study and the empirical assault on Froebelian rationalism. *Paedagogica Historica, 45*, 585-604.

Brenkman, C. J. (1933). Kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 11*, 231.

Depaepe, M., Simon, F., & Van Gorp, A. (red.) (2005). *Paradoxen van pedagogisering. Handboek pedagogische historiografie*. Leuven/Voorburg: Acco.

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

de Boone-Swartwold, I. C., & Riemens-Reurslag, J. (1933). *Leiding. Leerboek voor practische opvoeding van zuigeling en kleuter*. Rotterdam: Nijgh & Van Ditmar.

de Haan, L. (1938). Enige conclusies uit de statistische gegevens over het voorbereidend onderwijs van 1933 t/m 1936, *Volksontwikkeling, 19*, 185-190.

de Vos, G. G. M. (1932). Het onderwijs in kleuterverzorging. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 10,* 134-136.

Eibink van Beusichem, H. L. (1936). *De kleuter*. Amsterdam: De Arbeiderspers.

Eijkel, R. N. M. (1927). Verslag over het jaar 1926... *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid 1927*, 1620-1690.

Eijkel, R. N. M. (1928). De hygiënische verzorging van den kleuterleeftijd, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 6*, Kleuternummer, 33-34.

Eijkel, R. N. M. (1931). Verslag over het jaar 1930..., *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid 1931*, 957-1144.

Eijkel, R. N. M. (1937). Verslag over het jaar 1935..., *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid 1937*, 553-709.

Gooijer, B. De (2001). *Het kostbare kind: duur en dienstbaar. Het Medisch Kleuterdagverblijf in Nederland 1919-1990*. Arnhem: Stichting Christine Bader.

Gorter, E. (1929). Mortaliteit en morbiditeit der kleuters, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 7*, Congresnummer, 3-9.

Gorter, E., et al. (1931). Rapport de organisatie der Kleuterzorg betreffende, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 9*, 32-34.

Haverschmidt, J. (1929). Rachitis. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 7*, Congresnummer, 41-51.

Heijbroek, N. I. (1928). De kleuter in de groote stad. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 6*, Kleuternummer, 41-43.

Heijbroek, N. I. (1932). De voeding en kleeding van den kleuter. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 10*, 99-103.

Heijbroek, N. I., Heijbroek-d'Ancona, C. J. & Querido-Nagtegaal, C. G. (1949). *Onze kinderen. De lichamelijke verzorging en geestelijke ontwikkeling van geboorte tot puberteit*. Amsterdam: Meulenhoff.

Heijermans, L. (1928). Kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 6*, 34-38.

Heijermans, L. (1929). De organisatie der kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 7*, Congresnummer, 76-84.

Idenburg, Ph. J. (1932). Overheidszorg voor het kleuteronderwijs. *Volksontwikkeling*, *14*, 105-109.

Kleuternummer (1928). Speciale Aflevering (maart) van het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 6*, 29-54.

Knapper Czn., N. (1938). Welke vorderingen maakte de kleuterzorg in ons land sedert het Tweede congres in 1932? *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde,17*, 193-199.

Koenen, H. P. J. (1938). Consultatiebureaux voor kleuters. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 16*, Congresnummer, 205-211.

Marsman, M. W. (1929). Kleuter-uitzending. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, *7*, Congresnummer, 27-37.

Mol, C. M. (1929). Dagkolonies voor kleuters. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 7,* Congresnummer, 56-61.

Nijkamp, W. M. (1963). *Van begijneschool naar kleuterschool*. Groningen: Wolters.

Riemens-Reurslag, J. (1932). De kleuter en de speeltuin. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 19*, 120-126.

Rose, N. (1999). Medicine, history and the present. In C. Jones, & R. Porter (Eds). *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body* (pp. 48-72). London & New York: Routledge.

Scheltema, G. (1932). Achterstand in kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 10*, 95-98.

Selten, P., Adriaanse, C. & Becker, B. (1996). *De speeltuinbeweging in Nederland 1900-1995*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tak, Ph. (1930). De organisatie der kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 8,* 189-192, 233-237.

Tibout, P. H. C. (1932). Geestelijke hygiëne voor den kleuter. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, *19*, 137-144.

Turmel, A. (2008). *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorization and graphic visualization*. Cambridge etc.: Cambridge University Press.

Van Assen, J. (1929). Kleuterzorg en orthopaedie. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 7*, Congresnummer, 38-40.

Van Veen, S. M. C. (1932). De taak der Consultatiebureaux voor Kleuters, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 10*, 145-150;

Van Veen, S. M. C. (1938). De beteekenis van het kleuteronderwijs. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 16*, 200-204.

Verslag (1929) van het Congres voor Kleuterzorg gehouden te Amsterdam 24-25 mei 1929. Speciale Aflevering (september) van het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, *7*, 5-51.

Verslag (1932) van het Tweede Congres voor Kleuterzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, *10*, 183-220.

Verslag (1938). *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 17,* Congresnummer, 259-296.

Wymer-van Beusichem, H. L. (1929). De kleuter en het huisgezin. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 7,* Congresnummer, 10-16.