

Het huisbezoek in de OKZ: ritueel of rationeel?

Afgezien van het aantal PKU/CHT-huisbezoeken werden in 1997 in het kader van de ouder- en kindzorg ongeveer tweemaal zo veel huisbezoeken afgelegd als er kinderen werden geboren. Van de ongeveer 400.000 in dat jaar uitgevoerde huisbezoeken werd grofweg 75% afgelegd ten behoeve van 200.000 zuigelingen en de resterende 25% ten behoeve van ongeveer 600.000 peuters (leeftijd tussen 12 maanden en ongeveer 4 jaar).¹

Hoewel het aantal huisbezoeken over de laatste twee decennia een dalende tendens vertoont, betekent het uitvoeren van 400.000 bezoeken per jaar nog altijd een tijdsinvestering van minstens zo veel uren. Daarmee legt deze activiteit een niet te verwaarlozen claim op de capaciteit en het budget van de ouder- en kindzorg. Naar schatting is met de uitvoering van huisbezoeken jaarlijks een bedrag gemoeid van ongeveer 30 miljoen gulden. Dat is ongeveer 10% van het totale budget dat voor de ouder- en kindzorg beschikbaar is. Dat maakt het huisbezoek een belangrijke werkvorm binnen de ouder- en kindzorg. Of dat ook zo is vanuit het oogpunt van efficiëntie en effectiviteit, is de vraag. In tegenstelling tot veel andere OKZ-activiteiten is weinig bekend over de doelstelling, de effectiviteit en de gegenereerde kosten van het verpleegkundig huisbezoek.

Als een eerste aanzet tot het vinden van de ontbrekende antwoorden wordt in dit artikel een korte schets gegeven van de kwalitatieve en kwantitatieve ontwikkeling van het huisbezoek.

De kwalitatieve ontwikkeling van het huisbezoek in de OKZ

Toen in het laatste kwart van de negentiende eeuw de kruisverenigingen werden opgericht, vormden huisbezoeken de kernactiviteit. 'Huisbezoeksters', vaak religieuzen of vrouwen zonder specifieke opleiding, bezochten in die tijd de gezinnen thuis om daar voorlichting te geven die moest leiden tot verbetering van de vaak zeer ongezonde leefomstandigheden.

Toen in het begin van de twintigste eeuw de consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters werden opgericht, werd het huisbezoek ook daar een belangrijke activiteit.

'In de grootere bevolkingscentra zijn consultatie- of raadplegingsbureaux voor zuigelingen opgericht,

waar de moeders geregeld hun zuigelingen vertoonden aan een arts, die haar deskundigen raad geeft over de wijze van verzorging, noodig voor het "schoon gedijen" van haar kind. Aan die bureaux zijn werkzaam gesteld zuigelingen-huisbezoeksters, die de moeders zoo noodig aansporen tot het bezoeken van de bureaux, die haar behulpzaam zijn bij het opvolgen van den ontvangen raad, en die het nakomen van de voorschriften van den arts controleren. Soms is aan die bureaux nog een melkkeuken verbonden, waaruit ten behoeve van de zuigelingen zoo noodig deugdelijk en voor hen geschikt kunstmatig voedsel wordt verstrekt'.²

Het huisbezoek nam vooral een grote vlucht op het platteland, waar het voor moeders en kinderen vaak bezwaarlijk was het consultatiebureau te bezoeken. *'En met het bureau als thuishaven gingen de huisbezoeksters erop uit. Het is dat grote, bijna geheel naamloze leger van vrouwen, meer of minder opgeleid, geweest dat de gezondheidszorg werkelijk bij het kind heeft gebracht.'*³

Uit het eerste citaat komen drie doelstellingen van het huisbezoek naar voren:

- aansporen tot bezoek aan het consultatiebureau;
- geven van adviezen in het verlengde van de op het consultatiebureau gegeven adviezen;
- controle op de naleving van die adviezen.

De arts was de 'leider' van het consultatiebureau en stuurde de huisbezoeksters inhoudelijk aan. Hij controleerde periodiek de gezondheidstoestand van het kind en stelde daarmee de effectiviteit van het werk van de huisbezoeksters vast.

In 1938 voegde Haanappel, districts kinderarts voor Overijssel, het element van wat wij nu 'situationele observatie' zouden noemen, aan de doelstelling toe. In zijn leerboek 'Kinderhygiëne voor verpleegsters' omschrijft hij het huisbezoek als *'het belangrijkste deel van het werk, dat de wijkverpleegster voor de zuigelingenhygiëne kan doen'*⁴, want *'hier kan zij moeder en kind gade slaan in hun dagelijksche omgeving en daarom het best de meest doeltreffende adviezen geven over de verzorging.'*

Over doel en aard van het huisbezoek schreef Haanappel later (1950), onder meer het volgende.⁵

'Het huisbezoek voor de zuigelingenverzorging geschiedt door verpleegsters, die hiertoe een speciale opleiding hebben genoten. Tegenwoordig is deze opleiding opgenomen in de cursus voor wijkverpleegsters, vroeger waren er afzonderlijke cursussen waardoor verpleegsters de aantekening "huisbezoekster bij de kinderhygiëne" konden verkrijgen. In de meeste grote steden wordt het huisbezoek verricht door verpleegsters die geen andere taak dan de zuigelingenverzorging hebben. Zij worden speciale zuigelingenzusters genoemd. In de andere plaatsen zijn de polyvalente wijkverpleegsters belast met het huisbezoek voor de meeste onderdelen van de sociale gezondheidszorg,

R.J.F. Burgmeijer jeugdarts en verpleegkundige, destijds werkzaam bij TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.

J.A.M.W. Rijcken gezondheidswetenschapper en verpleegkundige, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.

Correspondentieadres: J.A.M.W. Rijcken, TNO Preventie en Gezondheid
Divisie Jeugd postbus 2215, 2301 CE Leiden, e-mail:
jamw.rijcken@pg.tno.nl

onder andere voor de kinderhygiëne.
(...) Het huisbezoek staat in nauw verband met het werk van het consultatiebureau. Daarom is het noodzakelijk, dat de huisbezoekster op de zittingen van het bureau aanwezig is. Daar hoort zij de adviezen van de dokter, wiens methoden zij overigens door en door moet kennen, opdat zij bij haar huisbezoeken overeenkomende adviezen geeft.

Naar hun aard worden de huisbezoeken verdeeld in:
a propaganda-bezoeken;
b controle-bezoeken.

De propaganda-bezoeken hebben tot doel de moeders aan te sporen tot het bezoeken van het consultatiebureau. Het eerste propaganda-huisbezoek behoort gebracht te worden, wanneer de kleine 10 – 14 dagen oud is, dus direct na het vertrek van de kraamhulp. (...) Wanneer de wijkverpleegster belast is met het toezicht op de kraamhulp, kan zij het propaganda-bezoek al tijdens het kraambed brengen.'



Afbeelding 1
Huisbezoek in vroeger tijden

Deze doelstellingen bleven geldig tot in de jaren zeventig. De Nationale Kruisvereniging formuleerde in 1977 nieuwe doelstellingen voor het huisbezoek:⁶

- signalering en vroege opsporing;
- relatieopbouw;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO);
- verdere begeleiding.

Vervolgens vond een accentverschuiving plaats in het relatief belang van deze doelstellingen van de meer somatisch gerichte eerste doelstelling naar de meer op de psychosociale gezondheid gerichte overige doelstellingen. Door de toegenomen mondigheid van ouders was de 'controle op de naleving van adviezen' niet langer als doelstelling acceptabel. Met 'signalering en vroege opsporing' wordt vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) tot doelstelling van het huisbezoek verheven, althans onder deze benaming, want in feite is het signaleren van (lichamelijke) stoornissen van het begin een (impliciete) doelstelling van het huisbezoek geweest.

Gingen de huisbezoeksters in vroeger dagen voornamelijk onaangekondigd op bezoek, in 1977 stelde de Nationale Kruisvereniging voor om alle huisbezoeken uitsluitend op afspraak uit te voeren. In 1989 onderzocht Van den Brink-Muinen het

preventief huisbezoek bekeken vanuit sociaal-historisch perspectief. Zij concludeerde dat voor de periode 1900 - 1970 de volgende doelstellingen voor het huisbezoek golden:⁷

- voorlichting, advisering en controle op de naleving van de gegeven adviezen;
- pedagogische advisering;
- propaganda voor het consultatiebureaubezoek;
- propaganda voor borstvoeding;
- het vormen van een relatie tussen gezin en consultatiebureau;
- het kennisnemen van de leefsituatie van het kind en het informeren van de ouders hierover.

Ten aanzien van het zuigelingenhuisbezoek concludeerde Van de Brink-Muinen dat de doelstelling 'propaganda voor het consultatiebureaubezoek' na 1970 overbodig was geworden, gezien de hoge bezoekcijfers.

Maar in 1938 formuleerde Haanappel hierover nog: 'Als de moeder te lang is weggebleven moet de zuster gaan informeren naar de reden en deze wegnemen, als het mogelijk is'.⁶ Dat dit vaak niet mogelijk bleek, lezen we in 1950 bij dezelfde auteur. Hoewel hij ook toen als één van de twee doelstellingen van het zuigelingenhuisbezoek het propaganderen van het bezoek aan het consultatiebureau formuleerde, was hij tegelijkertijd sceptisch (geworden) over het effect daarvan.⁷ Hij merkte hierover op: 'Bij de meeste gezinnen weet de wijkverpleegster reeds te voren of de moeder naar het consultatiebureau zal gaan of niet of 'n slechte bezoekerster zal zijn. Veel propaganda hoeft zij in de meeste gezinnen niet te maken, hoogstens zal zij de moeder er nog eens op moeten wijzen, dat zij een goed gebruik van het consultatiebureau moet maken, dat wil zeggen spoedig komen, geregeld terug komen en de adviezen opvolgen. De ervaring heeft geleerd, dat aan de moeders, die zich hier niet aan willen houden, weinig eer is te behalen.'

En verder: 'De wijkverpleegster moet de zittingen van het consultatiebureau bijwonen ter wille van haar werk als zuigelingenhuisbezoekster. Dit houdt in dat zij (...) alleen huisbezoek hoeft te doen bij de bezoekersters van het bureau.'

In het geval een moeder zonder bekende reden een afspraak niet nakwam, moest volgens Haanappel ook een controlehuisbezoek worden afgelegd. 'Verder behoort een huisbezoek te worden gedaan, wanneer de moeder langer is weggebleven, dan haar voorgeschreven was. Eén zitting kan men nog afwachten, maar komt ze ook dan niet, dan moet zij worden bezocht. Soms was zij werkelijk verhinderd en dan behoort de leider van het bureau te worden ingelicht, soms heeft zij een nieuwe aansporing nodig. Komt de moeder desondanks niet terug, dan krijgt zij ook geen huisbezoek meer om dezelfde reden, waarom niet meer dan twee propaganda-bezoeken worden gebracht.'

Propaganda-huisbezoeken op de peuterleeftijd waren volgens Haanappel weinig zinvol als de betreffende moeder geen trouwe bezoekerster van het zuigelingenbureau was 'omdat het werk aan haar en haar kind besteed toch nutteloos zal zijn'. Toch meende Van de Brink-Muinen bijna 40 jaar later dat het niet op het consultatiebureau verschijnen van een peuter een indicatie was voor een huis-

bezoek, aangezien *'een vijfde van deze kinderen niet een consultatiebureau bezoekt in deze belangrijke fase van hun ontwikkeling'*.

Het niet verschijnen zonder bericht wordt ook nu nog door velen als indicatie voor het uitvoeren van een huisbezoek gehanteerd, maar er zijn geen gegevens bekend over de effectiviteit van deze interventie.

Een doelstelling van het zuigelingenhuisbezoek, die niet door Van den Brink-Muinen werd genoemd, maar die wel in de literatuur sinds het midden van de jaren vijftig opduikt, is wat wij tegenwoordig het 'verhogen van zelfredzaamheid van ouders' zouden noemen. In een hoofdstuk over het huisbezoek in de eerste druk van de 'Koppius', de voorloper van het huidige 'Nederlands Leerboek voor Jeugdgezondheidszorg', schrijft Zeilstra in 1957 daar heel stellig over:⁸

'Het einddoel zal zijn, de moeder meer zelfvertrouwen te geven en daardoor de situatie rondom het kind zo goed mogelijk te doen zijn. Bij de benadering van de moeder zal rekening gehouden worden met de sociale, de levensbeschouwelijke en de psychologische achtergrond, het intellect en het ontwikkelingspeil, en met alle aspecten, die bij een intermenselijke relatie van betekenis zijn. De leiding van het gesprek ligt bij de wijkverpleegster, waarbij het praten slechts een onderdeel is. Houding, opvangen en luisteren zijn positieve elementen in dit gesprek.'

En specifiek voor het peuterhuisbezoek geldt bovendien dat het belangrijk is om *'het kind in het eigen milieu te observeren en de verhoudingen in het gezin te peilen. (...) Getracht zal worden de ouders bereid te maken, het gedrag van het kind in de verschillende ontwikkelingsfasen te aanvaarden en door een positieve instelling tegenover hun kind deze ontwikkeling gunstig te beïnvloeden.'*

Hoewel de doelstellingen in de jaren zeventig en tachtig redelijk duidelijk leken, kwam in 1989 uit een onderzoek van Chatab naar voren dat verpleegkundigen in 27% van de gevallen op huisbezoek gingen zonder dat zij daarvoor een reden konden noemen en dat verpleegkundigen veel vaker op huisbezoek gingen dan artsen daarom hadden gevraagd.^{9,10}

Eveneens in 1989 is door de Nationale Kruisvereniging in opdracht van de toenmalige Regionale Kruisvereniging Midden-Brabant een onderzoek uitgevoerd met de titel 'Het structurele kleuterhuisbezoek: luxe of noodzaak?' De onderzoekers komen tot de slotsom, dat van een gestandaardiseerd kleuterhuisbezoek geen sprake is.¹¹ De onderzoekers onderscheidden aan het peuterhuisbezoek een aantal functies die ofwel door de zorgaanbieder dan wel door de cliënt daaraan werden toegekend. Deze functies waren:

- informatie geven over (toekomstige) ontwikkeling van de kleuter;
- informatie geven over de gang van zaken op het kleuterbureau;
- informatie vragen ter bevordering van een vlot verloop van het kleuterbureau;

- observeren van het kind en de interactie ouder-kind in de thuissituatie (het kind zien als het in zijn gewone doen is);
- vragen beantwoorden en adviseren bij problemen;
- signaleren;
- contact houden en zo de drempel tot contact bij toekomstige problemen verlagen;
- de 'steun in de rug' - functie voor ouders waar het hun opvoedende en verzorgende taak betreft;
- de 'entourage' - functie (thuis is meer rust en tijd om vragen te stellen).

In feite een compilatie van alle doelstellingen die we al eerder in de literatuur zijn tegen gekomen, zij het in soms wat andere bewoordingen.

De onderzoekers vroegen zich af in hoeverre deze functies typisch waren voor een huisbezoek en of sommige niet even effectief en wellicht efficiënter in een andere werkvorm uitgevoerd zouden kunnen worden. Hun slotsom was: *'rest per saldo de vraag of en zo ja welke functies of onderdelen daarvan, ten behoeve van welke ouders, resteren voor een aanpak in het kader van het huiselijk milieu?'*

In het jaar van het eeuwfeest van de jeugdgezondheidszorg wacht deze vraag nog steeds op een antwoord.

Kwantitatieve ontwikkeling van huisbezoeken

Geadviseerde frequentie

Haanappel stelde in 1950 dat een zogenaamd propagandahuisbezoek over het algemeen voldoende was. Als dat niet het gewenste resultaat (bezoek aan het CB) opleverde, dan kon het propaganda-huisbezoek nog eenmaal worden herhaald, maar vaker op bezoek gaan had geen zin. In normale gevallen kon in de zuigelingenperiode met één huisbezoek per maand worden volstaan, maar meer kon nodig zijn.⁵

Zeilstra merkte over het tijdstip van het eerste huisbezoek in 1957 op dat het noodzakelijk is: *'dat dit op het psychologische juiste moment gebracht wordt, ons inziens op de tiende of elfde dag na de geboorte. Het moment, waarop in de meeste gevallen de kraamhulp vertrekt en de moeder een gevoel van onzekerheid krijgt. Op dit moment zal de wijkverpleegster zeker welkom zijn'*.⁸

In 1972 adviseerde de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne in het rapport 'Jeugdgezondheidszorg, inhoud en uitvoering' één of meerdere prenatale huisbezoeken af te leggen en één of meerdere huisbezoeken ter overbrugging van de periode tot aan het eerste bezoek op het consultatiebureau uit te voeren. Tijdens de zuigelingen- en peuterperiode moesten huisbezoeken alleen 'zo nodig' worden uitgevoerd.¹² In feite werd dus al in de jaren zeventig geadviseerd alleen huisbezoeken op indicatie uit te voeren, ook in de zuigelingenperiode.

In de tweede helft van de jaren tachtig werden door tal van kruisverenigingen beleidsnota's en basispakketten voor de organisatie opgesteld, die geïnspireerd waren door kritische vragen omtrent de kosten-effectiviteitsverhouding van de OKZ. Het huisbezoek was daaruit niet verdwenen. Zo werd bijvoorbeeld in het Basispakket van de

Kruisvereniging West-Overijssel in 1985 over het zuigelingenhuisbezoek opgemerkt dat huisbezoeken door de wijkverpleegkundige 'een essentieel onderdeel van de JGZ voor de leeftijd van nul jaar tot de schoolgaande leeftijd vormen, omdat in de thuissituatie veel zichtbaar is.' Er werd vanuit gegaan dat het huisbezoek geen automatisme mocht zijn, maar dat met de ouders over inhoud en frequentie overlegd moest worden om de juiste balans te vinden tussen mogelijkheden van zelfzorg en behoefte aan ondersteuning vanuit het CB-team. In de praktijk betekende dat in West-Overijssel een huisbezoek tussen de zevende en tiende dag na de geboorte van het kind en daarna alleen huisbezoeken op indicatie.

Voor de peuters gold ook dat er een indicatie voor moest zijn. Als indicatie kon bijvoorbeeld gelden dat het interval tussen twee consulten op het CB om één of andere reden te lang werd bevonden.¹³

Gerealiseerde frequentie

Landelijke gegevens over het werkelijk aantal uitgevoerde huisbezoeken zijn bijzonder schaars en de eerste bruikbare gegevens stammen uit 1974 toen de Geneeskundige Hoofdingspectie (tegenwoordig: Inspectie voor de Gezondheidszorg) startte met het verzamelen van landelijke gegevens over de OKZ en deze publiceerde in jaarverslagen.^{14,15} Cijfers van vóór 1974 zijn fragmentarisch beschikbaar en hebben alleen betrekking op een regio of een stad en zijn onderling niet te vergelijken vanwege definitieverschillen en het ontbreken van de noemers (aantal verpleegkundigen en aantal kinderen in zorg).

Vanaf het eind van de jaren zeventig kwam er een beetje de klad in, als de kwantiteit van de geleverde

zorg thuis als maatstaf wordt genomen. De Nationale Kruisvereniging constateerde in 1977 een aantal hiaten in de zorgverlening. Wat de zuigelingen zorg betrof werd geconstateerd dat de huisbezoeken vooral bij de 'oude' zuigelingen (van een half jaar en ouder) in aantal afnemen; de belangrijke voorbereiding samen met de ouders, op de ontwikkelingsfasen van het kind blijft voor een deel achterwege. Ongeveer 1% van de zuigelingen ontving in 1977 geen zorg. Ten aanzien van de peuterhuisbezoeken werd gesteld dat 'de persoonlijke en individuele voorlichting aan en begeleiding van de ouders door middel van huisbezoeken (voorafgaand of aansluitend aan het consultatiebureaubezoek) onvoldoende is. Deze uitspraak werd gebaseerd op het feit dat 6% van de peuters niet in zorg was'.⁶

In 1989 is op 36 consultatiebureaus onderzoek gedaan naar de feitelijke uitvoering van de OKZ.⁹ Daaruit bleek dat verpleegkundigen niet systematisch zuigelingenhuisbezoeken uitvoeren, óók niet bij zuigelingen uit de eigen wijk. Ook uit dit onderzoek kwam naar voren dat de registratie van het aantal huisbezoeken gebrekkig was. Bij de helft van het aantal kinderen van wie de verpleegkundige aangaf dat ze op huisbezoek was geweest, kon ze niet aangeven om hoeveel huisbezoeken het ging. Van de helft bleek dat 2 huisbezoeken het meest voorkwam, maar de spreiding was enorm (1 tot 30). In de jaren 1983 en 1984 werd de jaarverslaglegging uitgevoerd door de Nationale Kruisvereniging¹⁶ en in 1991 door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg¹⁷, die de jaarverslaglegging vanaf 1993 heeft uitbesteed aan het Nationaal Ziekenhuis Instituut¹⁸. Laatstgenoemde verslaglegging is in

Tabel 1

Kwantitatieve ontwikkeling zuigelingenhuisbezoeken, 1974 – 1997

	totaal aantal bezoeken	gegevens gebaseerd op*	extrapolatie	gem. per zuigeling	spreiding	referentienummer
1974					1 – 4	14
1975	524.092	10/11 +A	571.700	3,00	1,2 – 5,2	14
1976	427.823	7/11 +A	641.700	3,86	1,6 – 5,9	14
1977	435.270	8/12 +A	628.700	3,74	1,4 – 5,0	14
1978	455.253	9/12 +A	591.800	3,56	1,4 – 5,0	14
1979	393.437	9/12 +A	511.500	3,84	1,4 – 6,0	14
1980	311.963	7/12 +A +R	485.300	3,30	1,4 – 4,6	14
1981	294.734	8/12 +A +R	412.600	3,69	1,4 – 5,4	15
1982	369.475	8/12 +A +R	517.300	3,76	0,6 – 5,5	15
1983	361.484	9/13 +A +R	492.900	4,00	1,3 – 5,9	16
1984	295.250	7/13 +A +R	492.100	3,40	1,27 – 5,05	16
geen landelijke gegevens beschikbaar over de periode 1985 t/m 1990						
1991	168.971	28/57 –A	434.500			17
1992	geen landelijke gegevens beschikbaar					
1993	48.069	11/72 –A	253.400			18
1994	99.532	22/72 –A	262.500			18
1995	141.077	34/68 –A	244.700			19
1996	geen landelijke gegevens beschikbaar					
1997	138.368	31/68 –A	294.400			1

* In deze kolom wordt met een breuk aangeduid van hoeveel provincies gegevens bekend waren (bijvoorbeeld 9/11). Met –A wordt aangegeven dat de gegevens van de GG&GD van Amsterdam niet waren meegenomen en met +A wordt aangegeven als dat wel het geval was.

NB. Vanaf 1977 is de provincie Overijssel opgedeeld in West-Overijssel en Twente (vandaar noemer = 12). Vanaf 1983 vormen de Noordoostpolder en de Zuidelijke IJsselmeerpolders de provincie Flevoland (noemer = 13). Vanaf 1991 staat in de noemer het aantal lidinstellingen van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

vergelijking met die van de Nationale Kruisvereniging en de Geneeskundige Hoofdingspectie zeer summier. In het kader van twee grote evaluatieonderzoeken zijn over 1996 en 1998 weer wat gedetailleerde gegevens beschikbaar gekomen.^{1,19}

Bij bestudering van de genoemde bronnen vielen drie dingen op:

- de registratie is nooit compleet geweest en de rapportage is daardoor altijd gebaseerd op extrapolatie van beschikbare gegevens;
- er hebben altijd zeer grote regionale verschillen bestaan in het aantal uitgevoerde huisbezoeken, zowel wat de zuigelingen als wat de peuters betreft;
- over de hele periode van 1974 tot nu is een dalende tendens waarneembaar (zie tabel 1 en 2).

Bovendien bleek dat de door de Nationale Kruisvereniging gepresenteerde extrapolaties (veel) te gunstig waren (600.000). De cijfers die in tabel 2 en tabel 3 zijn opgenomen zijn herberekeningen van het oorspronkelijke materiaal en in dit geval betekent 'bron' dus niet dat de thans gepresenteerde gegevens dezelfde zijn als in de bron genoemd.

Voor de dalende tendens in het aantal huisbezoeken kan een aantal verklaringen worden gevonden. Afstand en slechte bereikbaarheid waren in de jaren vóór de Tweede Wereldoorlog vaak een reden om de moeders thuis te bezoeken, maar vormden tegelijkertijd ook een belemmering. Een bijkomende negatieve factor in het zuiden van het land, waar veel religieuzen de huisbezoeken uitvoerden, was het feit dat het niet altijd gepast geacht werd als een non zich van een fiets bediende. Een probleem van alle tijden is geldgebrek en als er bezuinigd moest worden, ging dit vaak als eerste ten koste van de huisbezoeken, omdat die relatief veel tijd vergden

en dus duur waren.

Na de jaren zeventig komen de huisbezoeken in toenemende mate in de knel door de steeds groter wordende druk vanuit de curatieve zorg, bij vaak gelijkblijvende budgetten en formatieplaatsen. De divisievorming in de thuiszorg, die na 1989 snel op gang kwam, heeft echter de frequentie van huisbezoeken niet doen stijgen.

Tijdsinvestering

Het accent van het werk werd van het huisbezoek meer in de richting van het consultatiebureau verschoven met de introductie van het Rijksvaccinatieprogramma in 1957 en met de introductie van screening en gestandaardiseerde onderzoeksmethoden, zoals de Ewing-gehoorscreening, het Van Wiechenonderzoek en de Vroegtijdige onderkenning van visuele stoornissen.

Het huisbezoek bleef de voornaamste taak van de wijkverpleegkundige en haar taak op het CB ging niet verder dan de helpende hand te bieden aan de arts.

Pas in de jaren zeventig deed het verpleegkundig consult op het consultatiebureau zijn intrede.³ Toch bleef de tijd besteed aan huisbezoeken relatief aanzienlijk, zoals blijkt uit een overzicht van de 'optimale zorgverlening', opgesteld door de toenmalige Nationale Kruisvereniging: Van de 1.270 uur die per kind in ruim vier jaar werd besteed, kwam ruim één derde voor rekening van het uitvoeren van huisbezoeken en bleef daarmee voor wijkverpleegkundigen nog steeds de hoofdmoot vormen van het directe cliëntencontact (tabel 3).⁶

Besluit

Na bestudering van de literatuur moet na bijna 100 jaar traditie van huisbezoeken in de ouder- en kindzorg worden vastgesteld dat nog steeds geen

Tabel 2

Kwantitatieve ontwikkeling peuterhuisbezoeken, 1974 – 1997

	totaal aantal bezoeken	gegevens gebaseerd op*	extrapolatie	gem. per peuter	spreiding	referentie-nummer
1974						
1975	461.913	10/11 +A	503.900			14
1976	416.504	7/11 +A	624.700	0,97	0,08 – 1,65	14
1977	382.661	9/12 +A	497.500	1,13	0,22 – 1,58	14
1978	316.944	8/12 +A	457.800	1,03	0,20 – 1,51	14
1979	350.303	10/12 +A	414.000	1,01	0,14 – 1,39	14
1980	234.713	7/12 +A +R	365.100	0,91	0,27 – 1,87	14
1981	195.430	8/12 +A +R	273.600	0,87	0,28 – 1,47	15
1982	244.037	7/12 +A +R	379.600	0,77	0,25 – 1,26	15
1983	197.336	7/13 +A +R	328.900	0,67	0,30 – 1,18	16
1984	171.134	7/13 +A +R	285.200	0,45	0,14 – 0,99	16
geen landelijke gegevens beschikbaar over de periode 1985 t/m 1990						
1991			107.700			17
1992 geen landelijke gegevens beschikbaar						
1993	32.792	10/72 –A	110.600			18
1994	51.079	17/72 –A	135.100			18
1995	74.216	29/68 –A	174.000			19
1996 geen landelijke gegevens beschikbaar						
1997	32.808	21/66 –A	103.000			1

* Zie toelichting bij tabel 1

Tabel 3

Tijdsbesteding door een verpleegkundige voor de uitoefening van de OKZ in 1977 (minuten per kind in zorg)

	prenataal		1ste jaar		2de jaar		3de jaar		4de jaar	
	aantal	tijd	aantal	tijd	aantal	tijd	aantal	tijd	aantal	tijd
huisbezoeken	2	120	3	135	3	90	2	60	1	30
cb-bezoeken			10	180	3	45	2	30	1	15
spreekuur	2	30	1	15	1	15	1	15	1	15
screening			1	15			1	15		
gespreksgroepen	1	30	1	30	1	60				
voorbereiding		30								
contacten met anderen		30		30		30		30		30
administratie		15		30		30		30		30
totaal		255		445		270		180		120

Bron: Ref. 6

antwoord gegeven kan worden op de vraag in hoeverre huisbezoeken een bijdrage leveren aan de handhaving of verhoging van het bereik en aan de gezondheidstoestand van de kinderen. Over de effectiviteit en de efficiëntie van de voorlichting, advisering en begeleiding die tijdens een huisbezoek plaats vindt, blijkt weinig bekend te zijn, evenals over de eventuele meerwaarde die velen het huisbezoek toekennen boven andere, minder tijdrovende en minder arbeidsintensievere werkvormen.

Er zijn twee redenen om dit als ongewenst te bestempelen. Ten eerste een inhoudelijke: thuiszorgorganisaties die ouder- en kindzorg uitvoeren kunnen alleen waarmaken dat zij 'child public health' aanbieden, als zij hun doelgroep in kaart kunnen brengen, óók, of misschien wel juist, de groep die afhaakt. Dat inzicht ontbreekt nagenoeg geheel. De tweede reden is een financieel-economische: 400.000 huisbezoeken genereren jaarlijks kosten in de orde van grootte van 30 miljoen gulden. In deze tijd is het redelijk te verlangen dat antwoord kan worden gegeven op de vraag hoe kosten-effectief deze niet onaanzienlijke inzet van middelen is. Deze vraag blijft tot op de dag van vandaag onbeantwoord.

Het wordt tijd dat hierin verandering komt. De 1 tot 2 procent van die 30 miljoen die nodig zullen zijn om met een goed opgezet onderzoek eindelijk te kunnen zeggen of het huisbezoek in de ouder- en kindzorg ritueel of rationeel is, is bij voorbaat geen weggegooid geld.

Literatuur

- Burgmeijer RJF, Rijken JAMW. Verboden Toegang? Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg in 1998. TNO-rapport PG/JGD/99.014. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.
- Oosterbaan G. De hygiëne van het kind. In: Fleisher FC, Elias JP, Stieler BSH (red). In Zilverkrans. Gedenboek uitgegeven ter gelegenheid van het vijf en twintig-jarig bestaan van het Groene Kruis. Utrecht: Centraal Bureau de Algemeene Nederlandsche Vereeniging 'Het Groene Kruis', 1925.
- Hengeveld B. Het consultatiebureau in de jeugdgezondheidszorg. T Kindergeneesk 1977;45:37-45.
- Haanappel PJM. Zuigeling en Kleuter. Leerboek over de Verzorging van Zuigelingen en Kleuters in het bijzonder voor Verpleegsters. Amsterdam: Scheltema & Holkema's Boekhandel en Uitgevers Mij. N.V., 1938.
- Haanappel PJM. De zorg voor moeder en kind. Serie Sociale Geneeskunde deel VII. Amsterdam: N.V. Noordhollandsche Uitgevers Maatschappij, 1950.
- Nationale Kruisvereniging (NK). Uitgangspunten en beleidsaanbevelingen Jeugdgezondheidszorg in het Kruiswerk Utrecht: NK, 1977.
- Brink-Muinen A van den. Van Zuigelingen zuster tot Wijkverpleegkundige. Een onderzoek naar het preventieve huisbezoek aan zuigelingen en kleuters in sociaal historisch perspectief. Doctoraalscriptie sociologie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.
- Zeilstra G. Huisbezoek bij het consultatiebureau voor zuigelingen. In: Koppius PW (red). Leerboek voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne. Assen: Van Gorcum & Comp. N.V. 1957.
- Chatab J. Consultatiebureaus in beeld; een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1989.
- Chatab J. Het kind op het consultatiebureau: kennis over leefsituatie onmisbaar? Medisch Contact 1992;47:663-665.
- Bastiaenen J, Dresmé J. Het structurele kleuterhuisbezoek: luxe of noodzaak? Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989.
- Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (NBMK). Jeugdgezondheidszorg; Inhoud en uitvoering. Utrecht: NBMK, 1972.
- Sociaal Hygiënische Dienst. Nota Basispakket Jeugdgezondheidszorg in het Kruiswerk. Zwolle: Kruisvereniging West-Overijssel, 1986.
- Phaff JML. Verslagen jeugdgezondheidszorg 0 - 4 jaar, Nederland 1974 - 1980 Leidschendam: Geneeskundige Hoofdinspectie, 1976-1982.
- Verbrugge HP. Verslagen jeugdgezondheidszorg 0 - 4 jaar. Nederland 1981 en 1982. Leidschendam: Geneeskundige Hoofdinspectie, 1983-1984.
- Nationale Kruisvereniging. Jaarrapportages Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar Kruiswerk 1983 en 1984. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986 en 1987.
- Burgmeijer RJF. Jaarrapportage Ouder- en Kindzorg 0 - schoolgaand 1990 / 1991. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1993.
- Baars JA, Spaan JM. Jaarboeken Thuiszorg 1993 en 1994. Bunnik / Utrecht: LVT / Nzi, z.j.
- Burgmeijer RJF, Geenhuizen YM van, Filedt Kok-Weimar T, Jager AM de. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. Leiden / Maarssen: TNO Preventie en Gezondheid / KPMG, 1997.