

# Sociale verloskunde in New-York. Pars pro toto

DOOR DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM

Wie soll ich dich empfangen und  
wie begegn' ich dir?  
Choral uit Die Weihnachts-  
geschichte van Johann Sebastian  
Bach (1934).

Het eerste hoofdstuk in het Year Book of obstetrics and gynaecology 1969 is gewijd aan „Social factors in obstetrics”. De schrijver is *Sir Dugald Baird* te Aberdeen, de vader van de sociale verloskunde. In twee en twintig bladzijden laat de auteur ons de invloed zien van verschillende factoren, die met de verloskundige resultaten verband houden. Hieronder rangschikt *Baird* de associaties met genetische factoren van de man en de vrouw, met de leeftijd van de moeder, de pariteit, de gezondheid en de lichaamsbouw van de moeder en met de organisatie van de verloskundige hulpverlening. Op grond van zijn beschouwingen over geografische verschillen en internationale vergelijkingen concludeert *Baird* dat „differences in reproductive efficiency depend on a complex interaction of physical, social and environmental factors and that these are sufficient to explain many of the variations in childbearing which have been described throughout the world without the need to attribute them to ethnic differences”.

In oktober 1973 ging ik naar New York om een indruk te krijgen van deze factoren, die betrekking hebben op de organisatie van de maatschappelijke en verloskundige hulpverlening, een complex en uitgebreid terrein van de sociale verloskunde. Met Dolores Elyse Fiedler, assistant professor and director of Ambulatory Care Division of Obstetrics and Gynaecology in de Mount Sinai School of Medicine van de City University of New York, besprak ik de klinische verloskunde met de daaraan verbonden sociale aspecten in het nieuwe Mount Sinai Hospital, „the largest of its kind in the nation

devoted solely to medicin”. Dit ziekenhuis is een project van \$ 152 miljoen.

Ik besepte spoedig dat ik op heilige grond stond, want New York City is de bakermat van de opleiding tot nurse midwives van de gehele natie. De kruitdamp van een identiteitscrisis was nog duidelijk zichtbaar. Het ging om de vraag of de vroedvrouwenopleiding een onderdeel moest zijn van de verpleegstersopleiding, of dat er sprake moest zijn van een gescheiden opleiding, een eigen professie. „Midwifery”, aldus collega Fiedler, „has enough status to be considered and regulated as an independent and distinct profession”. In een Editorial van de Journal of Nurse Midwifery drong zij aan op een snelle keuze: „it is time now to cut the umbilical cord”.

Al spoedig kwamen in de gesprekken de grote verschillen ten aanzien van de verloskunde tussen de Verenigde Staten en ons land aan de orde.

**A Hospitalisatie.** In 1971 bevielen in New York 798 vrouwen thuis; op een totaal van 131.928 geboorten dus 0.6 procent. Voor Nederland bedroeg het percentage thuisbevallingen in hetzelfde jaar 54.8.

**B Anesthesie.** In ruim 99 procent wordt bij de bevalling naar anesthesie gevraagd. Dr. Fiedler schrijft dit hoge percentage toe aan een gewoontevorming alsmede aan het feit dat een groot aantal vrouwen te weinig van het geboorteprocés afweet.

**C Opnameduur.** Hoewel in ons land de opnameduur voor een bevalling meestal negen tot tien dagen bedraagt, is deze voor New York City drie volle dagen. Op onze vraag of er publikaties bekend waren over de belevenissen van de kraamvrouwen thuis, luidde het antwoord ontkenkend. De korte duur van de opname wordt uitsluitend door economische motieven bepaald en alle

voorlichting en opvoeding voor de postnatale periode is reeds prenataal gegeven.

**D Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.** Hieraan wordt in iedere zwangerschap in het totaal ongeveer acht uur besteed, zowel individueel als in groepsverband.

De twaalf aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gewijde lessen in groepsverband duren vijftien, twintig of dertig minuten. Tijdens deze lessen ontvangen de aanstaansmoeders in totaal 55 geschriften. Met behulp van dia's, geboortatlassen, het flanelbord, alsmede door middel van discussies, rollenspel en een rondleiding door de verloskundige afdeling krijgen de lessen de nodige afwisseling. In het hierna volgende worden de onderwerpen beschreven die in het eerste, tweede en derde trimester van de zwangerschap worden behandeld.

#### I Orientation class:

- a. anatomy and physiology outline;
- b. diet overview;
- c. care and prevention;
- d. clinic routine.

#### II Second trimester classes:

- a. anatomy of the second trimester, clothing, personal hygiene;
- b. changes in the body, activity and safety, diet, abnormal signs and symptoms.

#### III Third trimester classes:

- a. physiological aspects of labor and delivery, physical aspects of labor and delivery;
- b. anesthesia, methods, recommendations;
- c. introduction to staff of labor and delivery suite, labor room, onset of labor, delivery room, recovery room, preparation for childbirth classes;
- d. safety, comfort and hygiene;
- e. physical set-up, supplies and clothing, hospital course, after discharge, family planning;
- f. advantages of spacing pregnancies, anatomy of the woman and the man, contraception, abortion, sterilization, overpopulation and

pollution, other ways to supplement family;

g. well-baby care, accident prevention;

h. baby development, stimulation for growth;

i. bottle feeding, breast feeding;

j. home and family life, wife and mother, husband and father, siblings.

Een verdere uitwerking van deze vorm van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zou in het kader van dit verslag te ver gaan. Aan geïnteresseerden verstrek ik gaarne een uitvoerig programma.

Nu in ons land op 8 februari 1974 de beroepsopleiding in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is aangevangen, ligt het in de lijn der verwachtingen dat de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding aan zwangeren spoedig in de perinatale zorg wordt geïntegreerd.

**E Borstvoeding.** In het derde trimester wordt over borstvoeding gesproken, maar reeds eerder ontvangt de aanstaande moeder hierover een schriftelijke voorlichting. Toch is het percentage moeders dat borstvoeding geeft laag; het wordt op een tot twee procent geschat. De reden van het afwijzen van de borstvoeding is meestal dat de moeder deze als een ongemak ziet. De beslissing wordt evenwel aan de moeder overgelaten.

Nederlandse onderzoekers laten ons een ander beeld zien. *Hennink* kwam tot de bevinding dat in 1961-1962 te Leiden 37 procent van de babies van drie maanden borstvoeding kreeg. Voor een plattelandsgemeente in het centrum van Zuid-Holland vond *Gill* een percentage van 35. *Voorhoeve* en *Eker* toonden aan dat de borstvoeding in Zuid-Holland in een kwart eeuw terug liep van vijftig tot twintig procent van de op de bureaus nieuw ingeschreven zuigelingen.

**F Zwangerengymnastiek.** Hiervoor bestaat in het Mount Sinai Hospital geen belangstelling in de zin van een georganiseerde gymnastiek.

**G Registratie.** De zwangeren ontvangen alleen een kaart die aan de voorzijde behalve personalia enkele gegevens bevat over het bloed, over complicaties in de vorige zwangerschappen en over bepaalde ziekten. Deze kaart is bestemd voor het noteren van de afspraken en . . . de betalingen. Onder „important” lezen wij dat „all payments must be completed no later than sixty days before the expected date of confinement”. Helaas ontvangen de zwangeren geen kaart met gegevens over hun zwangerschap, maar ook in ons land is deze gewoonte nog onvoldoende ingeburgerd. In Israël staat op de zwangerschapskaart onder „important”: zonder kaart geen kind. Het is betreurenswaard dat de perinatale gegevens niet aan de huisarts worden bericht; hierdoor wordt de patiënt immers zelden of nooit van zijn medische geschiedenis vergezeld.

**H Thuisfront.** De visiting nurse service bezoekt de zwangeren thuis. Van dit bezoek wordt een rapport opgesteld dat de maatschappelijk werkster van het ziekenhuis waar de bevalling zal plaatsvinden ontvangt. Zij krijgt hiermee een indruk van de echtgenoot, de relaties in het gezin, de zwangerschapsproblemen, het eventuele druggebruik, de problemen van de teenager-zwangeren enzovoort.

Helaas ontbreekt een follow-up, zodat kan worden vastgesteld dat hier de sociale verloskunde die zozeer de maatschappelijke context bij de voortplanting wil betrekken, de mist in gaat.

De zwangere vrouw dient een groot aantal professionele mensen te ontmoeten, zoals de receptioniste die de registratie van de gegevens verzorgt, de zuster, de laboranten, de representant van de „visiting nurse service”, de maatschappelijk werkster, de nurse midwife en de dokter. „To many people”, aldus Dr. Fiedler, „are involved with the pregnant woman”.

Dorothea M. Lang, director of nurse midwifery for New York City, vertelde mij dat in de eerste decennia van de twintigste eeuw meer dan 40 procent van de babies in New York

City met behulp van de Old Style „granny” midwife ter wereld kwam. De opleiding steunde uitsluitend op ervaring. In 1914 begon hierin verandering te komen, nadat in 1907 de vroedvrouwen onder de jurisdictie van de Board of Health waren gekomen. De slechte verloskundige resultaten vormden de aanleiding tot de drang naar verandering. Deze bestond uit een poging tot een opleiding voor vroedvrouwen in schoolverband te komen. Het duurde tot 1923 alvorens de eerste georganiseerde training voor dit beroep in New York begon, maar het kwam niet tot een echte realisering van de plannen. Het demonstratieve aspect won het van het opleidingselement. Er gingen nog eens tientallen jaren voorbij alvorens het Columbia-Presbyterian hospital in 1955 haar deuren opende voor de „nurse midwife” en in hetzelfde jaar een opleiding voor vroedvrouwen begon, hetgeen mogelijk werd door een affiliatie met de Maternity Center Association.

In tegenstelling tot haar Europese collega's werken de vroedvrouwen in de Verenigde Staten altijd in het verloskundige team van een ziekenhuis. Hun verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid ligt daardoor anders dan in ons land doorgaans het geval is. Hun concurrentiepositie wordt vooral door de houding van de verpleegkundigen in het ziekenhuis bepaald en wel des te meer naarmate het beroep van vroedvrouw leidinggevend wordt en zij dit als zodanig gaat beleven. De verpleegkundige blijft immers de assistente van de dokter en van de „nurse midwife”.

De strijd om de plaats van de vroedvrouw in de samenleving wordt op diverse fronten geleverd. Op micro-niveau speelt die strijd in het ziekenhuis met de dokter. Haar identiteit groeit door haar werk, dat van zeer goede kwaliteit is. Zij draagt het „complete maternal management” in het verloskundige team. Zij geeft een volledige hulp als een „expert specialist of normal maternity care”. De hulp van de huisarts wordt in deze gezien als een „complete health care management”. Op meso-niveau

wordt de strijd gestreden met behulp van de publiciteit. Bladen als *Glamour* en *Woman's Day* geven uitvoerige artikelen over de opleiding en de werkwijze van de vroedvrouw. De zwangeren in New York City, en vooral het groeiend aantal tienerzwangeren, geven in toenemende mate de voorkeur aan de begeleiding van de vroedvrouw. Op macro-niveau wordt de aandacht van de regering gevestigd op het werk en de positie van de vroedvrouw. Het is vermeldenswaard dat de regering vanaf 1965 zes miljoen dollar aan Maternal and Infant Care en Family planning projects spendeert.

De nog korte geschiedenis van de „certified nurse midwife” laat een grotere integratie van haar werk zien dan in ons land. In haar „total care” wordt haar „maternity care” immers „maternal care”, dus inclusief de „reproductive care” en de „family planning”. De World Health Organization is van oordeel dat de „family planning” een onderdeel van de sociale gezondheidszorg is en als zodanig thuis hoort in de opleiding van de verpleegkundige en de vroedvrouw, die in teamverband werkzaam is.

In New York City hebben thans ongeveer honderd vroedvrouwen een volledige bevoegdheid. Hiervan werken 60 tot 70 vroedvrouwen in de verloskundige teams, verdeeld over achttien ziekenhuizen.

Tabel 1 geeft een indruk van het groeiende aandeel van de vroedvrouw in de verloskundige hulp.

De vroedvrouw is verplicht één

Table 1. Levend geboren, van wie het geboortebewijs door een vroedvrouw werd getekend (New York City).

Jaar	Aantal	Percentage
1959	10	0.01
1960	383	0.23
1961	912	0.54
1962	1.610	0.98
1963	1.493	0.89
1964	1.861	1.12
1965	1.819	1.15
1966	1.852	1.21
1967	2.278	1.56
1968	2.225	1.57

dag per maand aan nascholing te besteden. Verschillende sprekers brengen op deze dagen nieuwe ontwikkelingen in de verloskunde onder haar aandacht. Iedere vroedvrouw wordt in de gelegenheid gesteld voorzitter van deze bijeenkomsten te zijn.

Momenteel (1973) ontvangen 150 leerlingen, verdeeld over twaalf vroedvrouwenscholen in de Verenigde Staten hun opleiding.

Met deze schets heb ik een indruk willen geven van de geschiedenis van de „nurse midwifery”, die thans in het stadium is gekomen van een pittige en vurige strijd voor het imago van de vroedvrouw. Deze ontwikkeling staat onder leiding van Mrs. Lang, een zeer enthousiaste en hard werkende vrouw.

Ik ontmoette verschillende keren Mrs. Doris B. Haire, Co President International Childbirth Education Association. Door haar brede, transculturele kijk op de voortplanting van de mens maakte zij op mij de indruk de Margaret Mead van de verloskunde te zijn. Zij bezocht honderden vrouwenklinieken over de gehele wereld, in Engeland, West Europa, Rusland, Azië, Australië, Nieuw Zeeland, de Zuid Pacific, de beide Amerika's en Afrika. Haar veelzijdig gerichte doelstellingen zijn onmogelijk in het kort samen te vatten. Ik ben daarom genooddaakt een fragmentarisch verslag van onze gesprekken te geven.

Mrs. Haire heeft haar reisindrukken in een geschrift gebundeld: „The cultural warping of childbirth”, dat het karakter heeft van een discussie-nota. De betekenis van dit rapport wordt onderstreept door Jerold Lucey, die in zijn voorwoord schrijft: „There is still a great deal we do not know about the consequences of various obstetrical practices and aspects of maternity care, and the author's analysis reminds us that many of our accepted practices are not supported by scientific research and appear to be rooted more in hospital and medical tradition than in human physiology”. Lucey beschrijft deze nota als bijzonder nuttig voor een hertaxatie van de

„American maternity practices”. Deze drang naar hertaxatie is begrijpelijk, als men bedenkt dat Mrs. Lang de Amerikaanse verloskunde als „disorganized” beschouwt. Mrs. Haire voegt een aantal alarmerende statistische gegevens hieraan toe. In de Verenigde Staten vertoont een op de zeventien kinderen een „minimal brain dysfunction” of een „learning disability” en een op de 35 kinderen heeft een geestelijke achterstand of een neurologische handicap. *De Vries* is van mening dat de „minimal brain dysfunction” in de Verenigde Staten te veel aandacht krijgt en in ons land meer aandacht verdient dan tot op heden het geval is geweest.

Uit tabel 2, ontleend aan „The cultural warping of childbirth”, blijkt dat de Verenigde Staten de vijftiende plaats inneemt op de ranglijst voor de zuigelingensterfte in 1970.

Elk hoofdstuk van het rapport van Mrs. Haire is van een hokje voorzien. De lezer kan na elk hoofdstuk het hokje aankruisen, indien zijn verloskundige hulp voldoet aan de daarin gestelde eisen. Hiermee worden wij in de gelegenheid gesteld met behulp van deze score na te gaan, in hoeverre onze praktische verloskunde van het normale, fysiologische geboorteprocess is afgedwaald.

In het hierna volgende worden enkele hoofdstukken vermeld, hier en daar voorzien van citaten en/of opmerkingen.

— Witholding information of the disadvantages of obstetrical medication. Is iedere zwangere hierover voldoende ingelicht?

— Ambivalent prenatal counseling on breast-feeding. „While not all of the protective mechanisms of breast milk are understood, many scientists have demonstrated that there is significantly less incidence of illness among children who are breast-fed”. Wij vragen de moeder wat zij wil, aldus Mrs. Haire, maar wij moeten eigenlijk vragen wat de baby wil. En houdt het percentage van vijftien allergische Amerikaanse kinderen verband met het hoge percentage

Tabel 2. Infant mortality rates for selected countries\*.

Country	Rate	
	1969	1970
Sweden .....	11.7	
Netherlands .....	13.2	12.7**
Norway .....	13.8	
Japan .....	14.2	13.1
Finland .....	14.3	12.5**
Denmark .....	14.8	
Switzerland .....	15.4	15.1
New Zealand .....	16.9	16.7
Australia .....	17.9	17.9
United Kingdom ..	18.6	18.4
Canada .....	19.3**	
France .....	19.6	
East Germany ....	20.3	18.8
Ireland .....	20.6	19.2
United States .....	20.7**	19.8**
Belgium .....	21.5	20.5**
Czechoslovakia ....	23.1	22.1**
West Germany ....	23.3	23.6
Israël .....	23.5	22.9
Austria .....	25.4	25.9
USSR .....	25.8	24.4
Spain .....	29.8**	27.9**
Bulgaria .....	30.5	27.3
Italy .....	30.8	29.2**
Greece .....	31.8	29.3**

\* Information from United Nations Statistical Office.

\*\* Provisional.

kinderen dat geen borstvoeding krijgt?

— Requiring all normal women to give birth in the hospital. Door het ontbreken van „home care” voor zwangeren, is de titel van dit hoofdstuk begrijpelijk. Wij lezen evenwel: „While International Childbirth Education Association does not encourage home births, there is ample evidence in the Netherlands and in Chicago (Chicago Maternity Center) to demonstrate that normal women who have received adequate prenatal care can safely give birth at home if a proper system is developed for home deliveries. Over half of the mothers in the Netherlands give birth at home with assistance of a professional midwife and a maternity aide. The comparatively low incidence of infant deaths and birth trauma in the Netherlands, a country of diverse ethnic composition and intermarriage, is evidence of the comparative safety

of a properly developed home delivery service. Dutch obstetricians point out that when the labor of a normal woman is unhurried and allowed to progress normally unexpected emergencies rarely occur. They also point out that the small risk involved in a Dutch home delivery is more than offset by the increased hazards resulting from the use of obstetrical medication and obstetrical tampering which are more likely to occur in a hospital environment, especially in countries where professionals have had little or no exposure to normal labor and birth in a home environment during their training. We cannot justify deprecating a system of care which rarely produces a newborn infant with an Apgar score less than nine when we in the United States have a predicted yearly increase of more than 100.000 retarded infants. If the increasing American trend toward home deliveries is to be contained, it is imperative that an effort be made to make birth in the hospital as normal, as homelike and as inexpensive as possible”.

Ik citeer dit onderwerp volledig in verband met de Nederlandse controverse: thuisbevalling- ziekenhuisbevalling.

— Elective induction of labor. Het inleiden van de baring zonder een medische indicatie schijnt een Amerikaanse idiosyncrasie te zijn met risico's voor moeder en kind. Daartoe kunnen wij ook nog de eivliessteek, afwijkende liggingen, een uitgezakte navelstreng, een infectie en een langdurige baring rekenen. Met oxytocine als middel ter inleiding van de partus dreigen gevaren als placentaloslating, partus precipitatus, vruchtwaterembolie, afibrinogenemie, letsels van het baringskanaal en de cervix, nabloedingen en de uterusruptuur. De schade die aan het kind wordt toegebracht, kan zich in anoxie en hersenbloedingen manifesteren.

— Separating the mother from familial support during labor and

birth. Mrs. Haire pleit voor een „early labor lounge”, een gezellige kamer met televisie en tijdschriften, waar de barende met haar man of anderen de bevalling kan afwachten. — Shaving the birth area. De incidence ten opzichte van infecties is voor moeders die zijn geschoren hoger dan voor hen bij wie het scheren achterwege is gelaten. Het is voor de kraamcentra, waar het scheren tot de routinehandelingen behoort, van belang hiervan kennis te nemen.

— Professional dependence on technology and pharmacological methods of pain relief. De schrijfster beschouwt de emotionele ondersteuning en de bemoediging van de verloskundige en de echtgenoot als een effectief psychologisch analgeticum voor de moeder.

— Apgar scoring by the accoucheur. Vele ziekenhuizen in de Verenigde Staten vernietigen na zeven tot tien jaar de geboorteverlagen. Daarmee verdwijnt een gegeven uit een van de belangrijkste perioden in de longitudinale documentatie van de mens. Daarom dienen de ouders de Apgar score van hun kind bij het ontslag uit het ziekenhuis te ontvangen. Voorts meent Mrs. Haire, dat „it would appear that an infant's Apgar score is possible more influenced by the management of labor and delivery than the physical condition of the mother”.

— Preventing early father-child contact. In de Verenigde Staten wordt de vader zo snel mogelijk bij alle gebeurtenissen in de postnatale periode betrokken. Nadat door onderzoeken is vastgesteld dat het contact met de vader geen verhoogde kans op infecties van de neonatus oplevert, mogen de jonge vaders hun kind meteen in hun armen nemen. Oost-Europese vaders daarentegen mogen moeder en kind pas ontmoeten na een verblijf van zeven tot negen dagen in het ziekenhuis, terwijl niettemin is gebleken dat de bron van de infecties bij pasgeborenen door het

verplegend personeel wordt gevormd.

Het was te verwachten dat deze reis grote verschillen zou laten zien tussen de „aspects of personal and community life which have an impact on the child-bearing potential, habits and efficiency of a population and the health and treatment of the individual woman” (uit de definitie van de World Health Organization van de sociale verloskunde). De reisindrukken bevestigden hoezeer de gezondheid door maatschappelijke factoren wordt geconditioneerd. De door mij ontvangen lijst met „unanswered questions” getuigt van de ernst waarmee problematische punten worden aangepakt.

Het is duidelijk geworden dat ook in de Verenigde Staten het betrekken van sociale gegevens in de verlos-

kunde nog in de kinderschoenen staat. Daarmee wordt de ontwikkeling van een anticiperende verloskunde geremd.

In ons land moeten wij ons, temidden van de drang naar verandering, hoeden voor te snelle ombuigingen van natuurlijke ontwikkelingen. Als de afstand tussen de „procreatieve” vergadertafels en de kraambedden te groot gaat worden zou het betere wel eens de vijand van het goede kunnen worden.

Onze Nederlandse collega uit de zeventiende eeuw, Jan Swammerdam (1637-1680), heeft voor mij de betekenis van deze studiereis verwoord: „Men moet seer voorsigtig syn om iets vast te stellen, hetgeen men niet in alle syne omstandigheden geobserveerd heeft, of men dient het

met die omstandigheden te beschrijven, met de welke men het ondervonden heeft”.

- Baird, D. The Year Book of obstetrics and gynaecology. 1969.
- Gill, K. Sociaal verloskundige verkenningen. Academisch proefschrift, Utrecht, 1973.
- Haire, D. (1972) International Child birth Education Association News, 11, number 1.
- Harris, D. en anderen. (1971) Amer. J. publ. Hlth, 61, number 1.
- Hennink, M. P. Borstvoeding. Academisch proefschrift, Leiden, 1966.
- Voorhoeve, H. W. A. en L. H. Eker (1972) T. soc. Geneesk. 50, 514.
- Vries, J. S. de. (1974) Informatiebulletin jeugdgezondheidszorg, 6, nummer 2.
- World Health Organization. Social aspects in the teaching of obstetrics and gynaecology. Technical Report no. 266, 1963.
- World Health Organization. (1973) Publ. Hlth. Pap. no. 53.

## De achterban als discipline buiten de muren\*

DOOR EMMY CREBOLDER-VAN DER VELDE\*\*

### INLEIDING

Aangezien tot nu toe vrijwel niets werd gepubliceerd over de ondervindingen van de echtgenote van de huisarts die van de solo-praktijk naar de groepspraktijk of het gezondheidscentrum overstapt, lijkt het zinvol hierover iets te schrijven. Ter informatie van de lezer: het betreft de echtgenotes van de vier huisartsen, die in het gezondheidscentrum Withuis samenwerken (*Receveur*).

Twee van de vier huisartsvrouwen waren jarenlang intensief bij de uitoefening van de praktijk aan huis betrokken. Zij hadden daarin een belangrijke, bevredigende en alle tijd opslokkende taak gevonden, die nu door anderen elders is overgenomen. De andere twee huisartsvrouwen

hadden nauwelijks praktijk-aan-huis-ervaring en hadden — doelbewust en met instemming van hun echtgenoot — gekozen geen praktijk aan huis te ambiëren. Niet uit onderwaardering voor het werk van de huisartsvrouw, maar omdat hun primaire interessesfeer elders lag en zij van daaruit hun eigen inbreng in het gezin en daar buiten wilden verwezenlijken.

Ik heb getracht de ervaringen in de verschillende stadia van opbouw en functioneren van het gezondheidscentrum onder een enigszins gezamenlijke noemer te brengen, daarbij drie fasen onderscheidend: Begin-fase; het idee ontstaat.

Niemandslan-fase; tussen de praktijk aan huis en het gezondheidscentrum.

Withuis-begin-fase; het gebouw wordt in gebruik genomen en het team begint te functioneren.

### BEGIN-FASE

Hoewel wij direct erg enthousiast

over het plan van een gezondheidscentrum waren, vroegen wij ons tegelijkertijd een beetje bezorgd af, hoe het zonder praktijk aan huis zou zijn. Door de verschillende activiteiten en ons verlangen eraan mee te werken werd deze gedachte echter naar de achtergrond verdrongen. In deze fase viel het op dat het zowel voor de vrouwen zonder als met praktijk-aan-huis-ervaring moeilijk viel voor zichzelf een taak in het gezondheidscentrum te formuleren, hoewel de mate van gemotiveerd zijn duidelijk verschilde. In deze fase werd met de teamleden en een deel van de achterban een weekend in Noord-Frankrijk doorgebracht, waarmede werd benadrukt hoe bewust men een vriendschappelijke, onconventionele wijze van met elkaar omgaan, nastreefde.

### NIEMANDSLAN-FASE

De vrouwen met praktijk aan huis kregen het in deze fase drukker dan voorheen, omdat drie huisartsen tij-

\* Achterban = de echtgenotes van de in het gezondheidscentrum Withuis werkzame huisartsen; muren = de muren van het gezondheidscentrum Withuis.

\*\* Mede namens G. Smits-Andriessen, A. van der Grinten-van Hellemondt en K. Receveur-van der Grinten.