

huisarts, die bedreigd wordt door de categorale geneeskunde. Als de huisarts in de verloskundige organisatie in Nederland zijn plaats wil blijven innemen en niet verstrikt wil raken in een systeem van law and order, dan zal hij zich moeten uitspreken over die terreinen van de zwangerschapskunde en de verloskundige zorg, waarvoor hij aansprakelijk wil zijn.

Omdat alle mensen in Nederland een huisarts hebben en alle mensen in hun leven met verloskunde te maken hebben gehad – onze navel herinnert ons daaraan – heeft de huisarts het recht over deze dingen na te denken en de grenzen van zijn hulpverlening te bepalen.

Samenvattend nodigen wij u uit, te praten met de aanwezige vrouwen over hun wensen en verlangens en deze te betrekken in de inventarisatie van de kennis van de huisarts in het kader van de progenituur van zijn patiënten. Als wij erin slagen daarbij over de komst van een kind zo te praten, alsof het er zelf bij was, zal de vraag *Zal dat de huisarts een zorg zijn?* vandaag beantwoord kunnen worden. Lukt het ons niet op deze vraag een adequaat antwoord te geven, dan zou de Wet van Murphy wel eens van kracht kunnen worden: alles wat fout kan gaan, gaat vroeg of laat fout.

Dankmeijer, J. Leonardo's beeld van de natuurlijke mens. *Koninklijke Nederlandse Gist- en Spiritusfabriek, Delft*, 1959.
Newton, R. W., P. A. C. Webster, P. S. Binu et al. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. (1979) *Brit. med. J.* II, 411-413.
Tinbergen, N. Op zoek naar de dierlijke wortels in het menselijk gedrag (1964). In: Het dier in zijn wereld, deel 2. *Spectrum, Utrecht*, 1976.

Nota bene

De keuze van therapie van acute otitis media en tonsillitis wordt in belangrijke mate beïnvloed door de ouders van het kind.

De opgave „gehuwd” heeft voor de epidemiologie de betekenis van een maatschappelijke categorie en levert geen medisch gegeven op.

(Stellingen bij: J. J. Rombach. Breast cancer screening. *Dissertatie Utrecht*, 1980.)

(1981) *huisarts en wetenschap* 24, 130

De rol van de huisarts als gezinsarts

PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

Een kleine veertig jaar geleden vestigde F. J. A. Huygen zich als huisarts in Lent, een dorp met een stabiele bevolking van ruim tweeduizend inwoners. In de afgelopen jaren heeft hij daar aan den lijve ondervonden dat er veel is veranderd in de rol van de huisarts bij de voortplanting. In deze bijdrage geeft hij een aantal persoonlijke ervaringen op dit gebied en de uitkomsten van een recent onderzoek.

Inleiding

In de loop van de jaren is er heel wat veranderd in de rol van de huisarts bij de voortplanting. Ik heb dat aan den lijve ervaren. Nog steeds ben ik de enige huisarts in het dorp waar ik mij een kleine veertig jaar geleden vestigde. Vroeger leidde ik meer dan honderd (thuis)-bevallingen per jaar, thans is dit teruggelopen tot nog geen twintig. Vroeger gaf het mij een grote voldoening een tangverlossing of een versie en extractie – daartoe wel gedwongen doordat de mensen in de oorlog niet naar het ziekenhuis wilden – tot een goed einde te brengen, tegenwoordig ben ik het meest voldaan wanneer alles vanzelf vlot en voorspoedig gaat. Een tijd geleden was het geen uitzondering als ik een vrouw voor de tiende maal bij een bevalling bijstond. Tegenwoordig geeft het een extra charme aan de sfeer om het kraambed, wanneer in de gesprekken met de familie ter sprake komt dat ik ook hulp verleende bij de geboorte van een van de jonge ouders of van beiden. Ik heb dan de levensgeschiedenis van de betrokken families van nabij meegemaakt en daaruit wordt dan onwillekeurig lief en leed opgehaald.

Verlies en winst

Het aantal bevallingen is sterk teruggelopen, maar de zwangerschapscontroles zijn veel frequenter, uitgebreider, systematischer en gericht geworden. Geboortenregeling kwam vroeger zelden ter sprake en dan nog slechts moeizaam, aarzelend en op een indirecte wijze; tegenwoordig gaat er vrijwel geen

sprekkuur voorbij zonder dat er enige patiënten zijn die rechtstreeks en alleen dáárvoor komen. Het zou weleens kunnen zijn dat, bij alle aandacht voor preventie van zwangerschap en abortus, tegenwoordig onvrijwillige kinderloosheid nog minder aandacht krijgt dan vroeger.

Ik verwijs nu veel vaker naar verloskundige en gynaecoloog. Veel primigravidae kiezen de universitaire vrouwenkliniek, waar zij terwille van het onderwijs op gemakkelijke voorwaarden terecht kunnen. Ik doe ook (poliklinische) bevallingen in het ziekenhuis, in een operatiekamersfeer waar ik mij toch niet helemaal thuis voel.

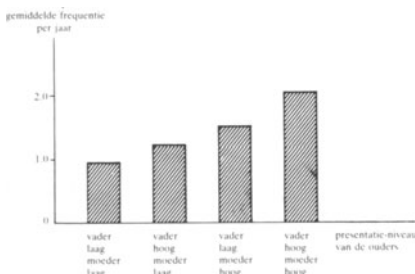
Verlies dus voor de huisarts enerzijds: minder praktische en zeker veel minder heroïsche verloskunde. Anderzijds winst: verloskunde is een onderdeel van zwangerschapskunde geworden en zwangerschapskunde weer een onderdeel van een veel bredere voortplantingskunde. Vroeger waren zwangerschap en complicaties hierbij dingen die veel vrouwen en ook hun huisarts als het ware overkwamen. Naast vreugde was er ook veel, soms verborgen verdriet. Tegenwoordig zijn bijna alle zwangerschappen gewenst en uitdrukkelijk gepland en zijn complicaties meestal te voorzien en te voorkomen. Er is veel meer bewuste aandacht voor de psychosociale aspecten. De huisarts is veel meer betrokken bij het begin van zwangerschappen dan vroeger. Ik denk dat vrijwel alle vrouwen in zijn praktijk hem raadplegen wanneer zij een zwangerschap plannen, of zich afvragen of zij inderdaad zwanger zijn. Zijn rol is meer die van voorlichter en begeleider gewor-

den, van mensen die zelf in vrijheid hun keuzen bepalen. Door de nieuwe ziekenfondsregelingen krijgt de huisarts kans vaker ingeschakeld te worden in de begeleiding van het kraambed, ook na ziekenhuisbevallingen. Door dit alles heeft hij nog steeds volop kans een ideale basis te leggen voor een goede vertrouwensrelatie bij de verdere begeleiding van de groei en ontwikkeling van de in zijn praktijk geboren kinderen.

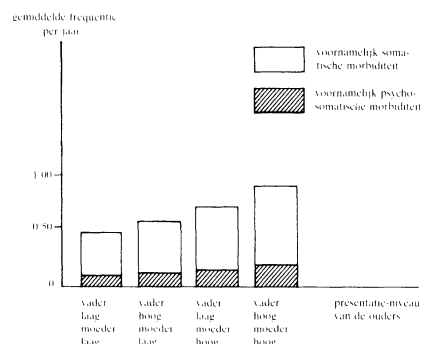
Een mijlpaal

De geboorte van vrijwel ieder kind kan men ook zien als de geboorte (of een mijlpaal in de ontwikkeling van) een gezin. De betrokkenheid van de huisarts hierbij schept unieke mogelijkheden voor een diepere persoonlijke kennismaking met deze gezinnen, hun geschiedenis en hun inbedding in de grotere gemeenschap. Het besteden van aandacht, toewijding, tijd en energie in dergelijke cruciale perioden betekent het doen van investeringen waarvan hoge renten voor de huisarts-patiëntrelatie in de toekomst zijn te verwachten, gedurende dikwijls tientallen jaren. Dit geldt nog in versterkte mate wanneer de huis-

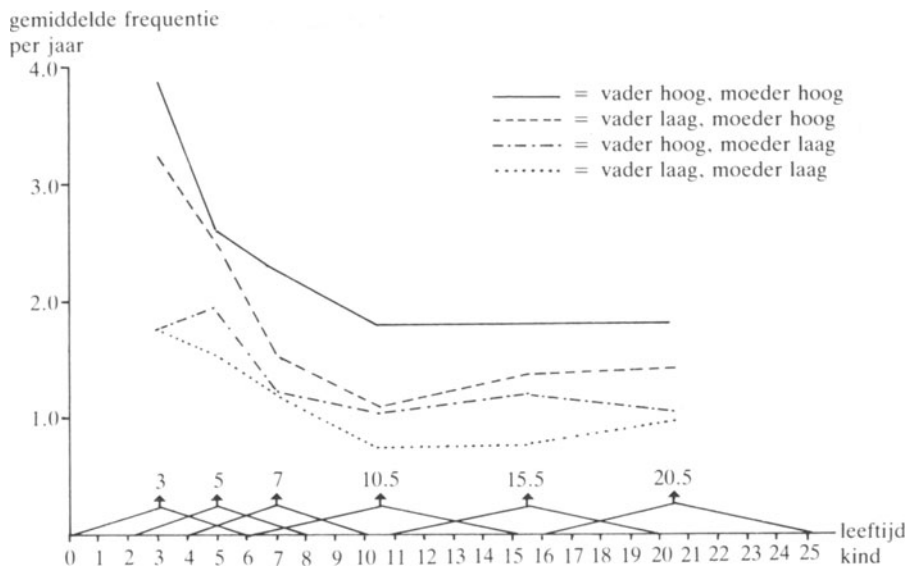
Figuur 1. Gemiddelde frequenties van alle gepresenteerde gezondheidsstoornissen van kinderen per jaar, uitgesplitst naar het presentatie-niveau van de ouders. (Bron: Smits.)



Figuur 2. Gemiddelde frequenties van gepresenteerde gezondheidsstoornissen van kinderen per jaar, uitgesplitst naar het presentatie-niveau van de ouders. (Bron: Smits.)



Figuur 3. Gemiddelde frequenties van alle gepresenteerde gezondheidsstoornissen van kinderen per jaar, naar leeftijds categorieën van het kind en uitgesplitst naar het presentatieniveau van de ouders. (Bron: Smits.)



arts zelf de begeleiding van de zuigelingen en kleuters in zijn praktijk, liefst tezamen met de Kruisvereniging, op zich neemt.

Het lijdt naar mijn mening weinig twijfel – en is bijvoorbeeld ook gebleken uit een onderzoekje door het Withuis in Venlo – dat ouders er verre de voorkeur aan geven wanneer deze zorg door de eigen huisarts wordt uitgeoefend in plaats van door bureau-artsen, die de ouders niet of minder goed kennen en die niet betrokken zijn bij intercurrente ziekten en vragen op gezondheidsgebied in deze gezinnen.

Door tal van onderzoeken is vastgesteld dat er zeer nauwe samenhangen bestaan tussen gezondheidsstoornissen van ouders en die van hun kinderen. *Figuur 1* berust op de morbiditeitsregistratie van ruim drieduizend kinderen en hun ouders. Daaruit blijkt dat kinderen van ouders die vaker dan gemiddeld ziek zijn, ongeveer tweemaal zoveel medische hulp nodig hebben als de kinderen van ouders die minder vaak ziek zijn. *Figuur 2* toont aan dat dit verband minstens zo duidelijk is voor typisch somatische ziekten als voor zogenaamde psychosomatische stoornissen. *Figuur 3* laat zien dat deze overeenkomsten in ziektefrequentie tussen ouders en kinderen niet alleen zijn te constateren bij kleine kinderen, maar dat zij ook blijven bestaan bij grotere kinderen, zelfs wanneer deze volwassen worden. In mijn boekje over gezinsgeneeskunde (*Huygen*), dat berust op longitudinaal onderzoek gedurende tientallen jaren, heb ik wetenschappelijke evidentie ge-

leverd voor het aan alle oudere huisartsen reeds uit ervaring bekende fenomeen dat ziekte en ziektegedrag van de ene generatie op de andere wordt overgedragen. Ik kan hier niet ingaan op de complexe factoren die hierbij een rol spelen. Het lijkt mij echter aan geen enkele twijfel onderhevig dat dit fenomeen verstrekkende consequenties heeft voor onze gehele gezondheidszorg. Hierin kunnen sterke argumenten gevonden worden om juist aan de huisarts als gezinsarts een belangrijke taak toe te denken bij de medische begeleiding van de menselijke voortplanting, van zwangeren, kraamvrouwen en zuigelingen, van kleuters en hun ouders. Willen wij iets doen aan het mechanisme van de overdracht van ziekte en ziektegedrag van de ene generatie op de andere, dan zullen wij er vroeg bij moeten zijn, voordat ongunstige patronen zijn vastgelegd en ingeslepen.

Het lijkt mij erg waarschijnlijk dat een van de factoren die hierbij een rol spelen gezocht moet worden in het vertrouwen in de eigen gezondheid en in het vermogen, vooral van jonge moeders, zelfstandig het hoofd te kunnen bieden aan gezondheidsbedreigingen. In dit verband zijn onlangs belangwekkende gegevens verzameld door studenten aan ons instituut bij een onderzoek naar de ervaringen en belevingen tijdens de zwangerschap en het kraambed van vrouwen die hun eerste kind hadden gekregen (*Becx e.a.*). Dit onderzoek had betrekking op negentig vrouwen van wie de helft begeleid en bevallen was in de universitaire vrouwenkliniek

Tabellen 1-11. Gevoelens bij zwangerschapscontroles, de bevalling en de kraamperiode. Percentages. Thuisgroep N = 45; Radboudgroep N = 45.

Tabel 1. De zwangerschapscontroles.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid	67	60
Blijdschap*	46	20
Eigenwaarde**	11	0
Veiligheid	44	60

Tabel 2. Het betrekken van de partner bij de zwangerschapscontroles.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Niet van toepassing	22	27
Tevredenheid	60	47
Veiligheid	11	13
Blijdschap	20	20

Tabel 3. De eerste weeënactiviteit.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Bezorgdheid	31	36
Blijdschap**	62	33

Tabel 4. De geboorte van het kind.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid*	44	24
Blijdschap	91	98

Tabel 5. Het eerste contact met het kind.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid**	49	27
Veiligheid**	16	0
Blijdschap	84	89

* = 5% < p < 10%.
** = p < 5%.

Tabel 6. Reacties van degene die de bevalling (bege-)leidde en anderen op de geboorte van het kind.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid	62	67
Blijdschap**	60	33

Tabel 7. Het meeleven van de echtgenoot/partner tijdens de bevalling.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid	64	60
Veiligheid	36	22
Blijdschap	58	47

Tabel 8. Het voeden van het kind in het algemeen.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid	60	53
Blijdschap	60	47

Tabel 9. Het gescheiden worden van het kind.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Niet van toepassing**	33	9
Tevredenheid	16	18
Teleurstelling	36	47
Irritatie	7	20

Tabel 10. De sfeer op de kraamkamer.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid	54	62
Blijdschap**	73	24

Tabel 11. Het meeleven van de echtgenoot/partner tijdens het kraambed.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Tevredenheid	71	73
Veiligheid	22	11
Blijdschap**	67	42

van het Radboudziekenhuis, terwijl de andere helft thuis was bevallen onder leiding van een verloskundige (vroedvrouw).

Bij geen van allen was er primair een medische indicatie voor een klinische partus. De beide steekproeven zijn gematched op leeftijd, urbanisatiegraad, ziekteverzekering en gewicht van het kind.

Bevallen: in de kliniek en thuis

Tabel 1 laat zien dat de vrouwen die door een verloskundige begeleid werden bij de zwangerschapscontroles vaker gevoelens van blijdschap en eigenwaarde hadden. Het betrekken van de partner bij de zwangerschapscontroles (tabel 2) leidde niet tot duidelijke verschillen bij beide populaties. Het ervaren van de eerste weeënactiviteit ging bij de thuisbevallende vrouwen significant vaker met blijdschap gepaard (tabel 3). De geboorte van het kind (tabel 4) en het eerste contact daarmee (tabel 5) gaven bij de thuisbevallen vrouwen duidelijk vaker aanleiding tot positieve gevoelens. Dit geldt ook voor de reacties op de geboorte van degene die de bevalling leidde en van andere aanwezigen (tabel 6). Het meeleven van de echtgenoot (tabel 7) gaf bij degenen die thuis bevallen, niet significant vaker positieve gevoelens, hetgeen ook geldt voor het voeden van het kind (tabel 8). Gescheiden worden van het kind trad vaker op en gaf vaker (hoewel statistisch niet significant) irritaties bij degenen die in het ziekenhuis bevallen (tabel 9). De sfeer in het kraambed (tabel 10) en het meeleven van de echtgenoot tijdens het kraambed (tabel 11) gaven (veel) vaker aanleiding tot blijdschap bij degenen die thuis bevallen. Deze thuisbevallenden gaven ook duidelijk vaker borstvoeding (tabel 12).

Tabel 12. Voeding gegeven gedurende de eerste drie maanden. Percentages. Thuisgroep N=45; Radboudgroep N=45.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Kunstvoeding	18	44
Borstvoeding	56	29
Beide	27	27

**

Interessant zijn de reacties van deze twee groepen vrouwen op de stelling dat normale bevallingen beter thuis kunnen plaatsvinden dan in het ziekenhuis (tabel 13). Het blijkt dat zij die thuis bevallen, het daar veel vaker mee eens

zijn. Wat aan dit verschil ten grondslag ligt, is waarschijnlijk het feit dat degenen die in het ziekenhuis bevallen, dit duidelijk veel veiliger achtten dan zij die thuis bevallen (tabel 14), terwijl deze laatsten de huiselijke sfeer belangrijker vonden (tabel 15). Aan deze (voorderstelde) veiligheid wilden degenen die in het ziekenhuis bevallen, eerder die gezelligheid opofferen (tabel 16). Toch zou een duidelijk kleiner gedeelte van hen die in het ziekenhuis bevallen, de volgende keer dezelfde plaats en persoon kiezen (tabellen 17 en 18). Zij die thuis bevallen, vonden vaker dat de emotionele begeleiding van de kraamvrouwen beter thuis kan geschieden (tabel 19). Toch is zelfs het merendeel van degenen die in het ziekenhuis bevallen het eens met deze uitspraak.

Uiteraard heeft dit onderzoek niet de pretentie uit te maken wat beter is: thuis of in het ziekenhuis bevallen. Het geeft slechts de meningen weer van beide, overigens goed vergelijkbare groepen ondervraagde vrouwen. Het lijkt waarschijnlijk dat er in belangrijke mate sprake is van vooropgezette meningen en „selffulfilling prophecies”.

Uiterst belangwekkend in dit verband is wel dat maar liefst 75 procent van degenen die door de kliniek begeleid werden, zonder dat er sprake was van een medische indicatie in het begin van hun zwangerschap, dit etiket later toch kregen! De redenen hiervoor konden niet achterhaald worden, doordat de kliniek hieraan niet wilde meewerken. Ook wanneer wij aannemen dat het motief de vrouwen financieel ter wille te zijn, een belangrijke rol heeft gespeeld, blijft gelden dat hier gesproken kan worden van medicalisering in optima forma.

Tabel 20. Beïnvloeding door anderen bij de keuze van de plaats van bevalling. Percentages. Thuisgroep N=45; Radboudgroep N=45.

	Thuis- groep	Radboud- groep
In sterke mate	40	73
Matig	18	11
Weinig of niet	42	16

Tabel 21. Plaats van bevalling van vriendinnen. Percentages. Thuisgroep N=45; Radboudgroep N=45.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Thuis	53	23
Ziekenhuis	47	77

Tabellen 13-19. Meningen over bevallingen in het ziekenhuis c.q. thuis. Percentages. Thuisgroep N=45; Radboudgroep N=45.

Tabel 13. Normale bevallingen kunnen beter thuis dan in het ziekenhuis plaatsvinden.

	Thuis- groep	Radboud- groep
(Helemaal) mee eens	87	31
Deels eens, deels oneens	11	31
(Helemaal) mee oneens	2	36

Tabel 14. Bevallen in het ziekenhuis is veiliger dan thuis bevallen.

	Thuis- groep	Radboud- groep
(Helemaal) mee eens	11	62
Deels eens, deels oneens	29	31
(Helemaal) mee oneens	60	4

Tabel 15. Een huiselijke sfeer rondom de bevalling is erg belangrijk.

	Thuis- groep	Radboud- groep
(Helemaal) mee eens*	100	62
Deels eens, deels oneens*	-	29
(Helemaal) mee oneens*	-	9

** = p < 5%

Tabel 16. Voor de grootst mogelijke veiligheid ben ik bij voorbaat bereid om gezelligheid op te offeren.

	Thuis- groep	Radboud- groep
(Helemaal) mee eens	27	71
Deels eens, deels oneens	22	24
(Helemaal) mee oneens	51	4

Tabel 17. De volgende keer zou ik niet op dezelfde plaats willen bevallen.

	Thuis- groep	Radboud- groep
Helemaal/gedeeltelijk mee eens	7	22
Helemaal mee oneens	93	78

Tabel 18. De volgende keer zou ik weer bij dezelfde persoon willen bevallen.

	Thuis- groep	Radboud- groep
(Helemaal) mee eens	93	60
Deels eens, deels oneens	2	20
(Helemaal) mee oneens	4	17

Tabel 19. De emotionele begeleiding van de kraamvrouw kan beter thuis geschieden dan in het ziekenhuis.

	Thuis- groep	Radboud- groep
(Helemaal) mee eens	89	58
Deels eens, deels oneens	9	27
(Helemaal) mee oneens	2	16

In het kader van het thema *huisarts en voortplanting* is het ook zeer interessant kennis te nemen van de mate waarin de keus voor de plaats van de bevalling is beïnvloed door anderen (tabel 20). De ziekenhuispopulatie blijkt subjectief veel sterker beïnvloed te zijn door anderen, onder wie zowel familie, kennissen

en vrienden zijn begrepen als professionele hulpverleners. Er blijkt ook een significant verschil te bestaan in de plaats van bevalling van vriendinnen (tabel 21). Belangwekkend zijn ook de verschillen in beleving van de effecten van de zwangerschapsbegeleiding (tabel 22).

Tabel 22. Beleving van de effecten van de zwangerschapscontroles. Percentages. Thuisgroep N=45; Radboudgroep N=45.

Uitspraken	(Helemaal) mee eens		Deels mee eens, deels mee oneens		(Helemaal) mee oneens	
	Thuisgroep	Radboudgroep	Thuisgroep	Radboudgroep	Thuisgroep	Radboudgroep
Ondanks de zwangerschapscontroles was ik niet overtuigd van een goede afloop van de zwangerschap.**	11	20	9	24	80	56
De leefregels, opgelegd door degene die de controles deed, waren niet erg moeilijk na te komen.	93	82	4	7	2	9
De verloskundige beschouwde mij als een onmondig mens.	-	7	4	9	96	84
Tijdens de zwangerschapscontroles durfde ik alle vragen te stellen, die ik had.	93	87	2	9	4	4
De relatie met de verloskundige vond ik van belang voor het al dan niet prettig verlopen van de bevalling.**	91	73	4	13	4	13

** = p < 5%

Beschouwing

Wanneer wij de resultaten van dit onderzoek trachten te overzien, blijkt dat de vrouwen die thuis bevallen, meer zelfvertrouwen hadden en vaker positieve gevoelens jegens de verschillende gebeurtenissen in hun zwangerschap en baring. De vrouwen die in het ziekenhuis bevallen, hechtten meer waarde aan technische hulpmiddelen en veiligheid; hun gevoelens jegens de verschillende gebeurtenissen zijn minder positief.

Het geeft te denken dat een groter gedeelte van degenen die in het ziekenhuis bevallen, de volgende keer een andere plaats zouden kiezen. Zelfs als wij aannemen dat de gevonden verschillen tussen de beide onderzochte populaties voor een belangrijk gedeelte berusten op zichzelf bevestigende gevoelens en verwachtingen, moeten wij ons toch afvragen waarmee wij bezig zijn, wanneer het gemakkelijk gemaakt wordt zonder medische indicatie in een ziekenhuis te bevallen, zeker wanneer dit gebeurt onder leiding van gynaecologen. Het zou best eens kunnen zijn dat wij dan ongewild bezig zijn met het verzwakken van positieve gevoelens tegenover fysiologische gebeurtenissen en met het geleidelijk ondermijnen van het zelfvertrouwen. Zo gezien zouden de resultaten

van dit onderzoek geïnterpreteerd kunnen worden als symptomen van het om zich heen grijpende en zichzelf versterkende proces van medicalisering van de samenleving.

Het komt mij voor dat juist de huisarts een sleutelpositie inneemt om ongewenste medicalisering te voorkomen. Door goede begeleiding van voortplanting, groei en ontwikkeling in de zich aan hem toevertrouwende gezinnen kan hij hieraan zeer gericht bijdragen leveren, die in de toekomst veelvoudig vrucht kunnen afwerpen. Laat de Nederlandse huisarts, nu zijn aandeel in de praktische verloskunde zo terugloopt, wat de begeleiding van de voortplanting in ruimere zin betreft, het kind vooral niet met het badwater wegwerpen!

Samenvatting. Gewezen wordt op de veranderingen die in de loop van de jaren hebben plaatsgevonden in de rol van de huisarts bij de begeleiding van de voortplanting. Juist als gezinsarts neemt hij nog steeds een ideale positie in voor deze begeleiding en voor de begeleiding van de groei en ontwikkeling van jonge kinderen. In het gezin worden ziekte en ziektegedrag van de ene generatie op de andere overgedragen. De instelling tegenover gezondheid en ziekte speelt hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol.

Met name hierop kan de huisarts invloed uitoefenen.

De gegevens van een vergelijkend onderzoek naar de beleving van (de begeleiding van) zwangerschap, bevalling en kraambed door vrouwen die thuis of in het ziekenhuis bevallen, worden gepresenteerd. Hieruit blijkt dat de vrouwen die thuis bevallen, meer zelfvertrouwen hebben en een positievere instelling ten aanzien van deze fysiologische processen. Gewezen wordt op het gevaar van medicalisering; bij het tegengaan hiervan neemt vooral de huisarts een sleutelpositie in. Laat hij wat de voortplanting betreft het kind niet met het badwater wegwerpen!

Summary. The role of the general practitioner as family doctor. This paper discusses the changes to which the role of the general practitioner in the guidance of reproduction has been subjected in the course of time. Precisely as family doctor, he still occupies an ideal position for this guidance and for the guidance of the growth and development of infants. In the family, illness and coping behaviour are transferred from one generation to the next. The attitude to health and illness probably plays an important role in this respect. It is in particular this attitude that the family doctor can influence.

A comparative study was made of the experience of (the guidance of) pregnancy, parturition and puerperium of women who gave birth at home or in hospital. The data thus obtained are presented. They show that the women who gave birth at home had more self-confidence and a more positive attitude to these physiological processes. The risk of medicalization is mentioned; the family doctor in particular occupies a key-position in eliminating this risk.

- Beccx, H., A. van de Sande, E. Wajon e.a. Bevallend, thuis of in het ziekenhuis. Keuzestageverslag. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen, 1980.
 Huygen, F. J. A. Family medicine. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1978.
 Smits, A. J. A. Kind, huisarts en gezin. Dissertatie Nijmegen, 1978.

Op deze plaats betuig ik gaarne dank aan de medisch doctorandi Helene Beccx, Adriaan van de Sande, Elly Wajon en Jos van de Water voor hun toestemming voor het gebruik van de uitkomsten van het onderzoek *Bevallend, thuis of in het ziekenhuis*, dat zij in hun wetenschappelijke stage verichtten.