

# Het begrip „normaal” in de huisartsgeneeskunde

G. VAN GELDORP\*

In de huisartsgeneeskunde neemt het begrip „normaal” een centrale plaats in. Het wordt gebruikt als toetssteen om bevindingen al dan niet te typeren als een afwijking. Gezien de uiteenlopende betekenissen die in de praktijk aan „normaal” kunnen worden toegekend, rijst de vraag of het wel zinvol is zo'n begrip in de (huisarts)geneeskunde te blijven hanteren.

## Casus

Op het spreekuur komt mevrouw A met de klacht, dat ze last heeft van kriebelhoest. Patiënte is een 37-jarige vrouw, getrouwd, moeder van drie kinderen, die naast haar huishouden wat tijd besteedt aan het weefgetouw dat thuis staat opgesteld. Ze komt bijna nooit op het spreekuur, maar de huisarts kent haar en haar gezin redelijk goed onder meer vanwege de begeleiding tijdens zwangerschap en bevallingen en baby- en kleuterzorg op het consultatiebureau.

Bij verder luisteren naar mevrouw A blijkt dat ze nu veertien dagen last heeft van kriebelhoest, dat ze vijf sigaretten per dag rookt en dat ze 's nachts zo blijft hoesten; daarom wil ze een hoestdempend middel. Ze voelt zich verder goed en heeft geen andere vragen. Ze geeft bij het hoesten niets op. Bij het onderzoek worden bij inspectie, percussie en auscultatie aan hart en longen geen afwijkingen gevonden. De waarschijnlijkheidsdiagnose wordt gesteld op een tracheitis en mevrouw A krijgt een recept voor codeïne tabletten (3 dd 1 tablet HCl codeïne gedurende maximaal 1 week). De huisarts vraagt of ze denkt het roken te kunnen staken. Dat zal wel lukken, meent ze. Afgesproken wordt, dat ze na één à twee weken terug zal komen als de hoest blijft bestaan of weer zou terugkomen.

Terwijl patiënte met het receptje naar de deur van de spreekkamer loopt zegt de huisarts ineens: „Ik wil toch eigenlijk wel graag nog een bloedonderzoek bij u

doen, zoudt u daarvoor naar de assistente willen gaan?” Patiënte knikt en gaat naar de assistente die een bloedbezinking prikt. De bezinking blijkt 61 mm te zijn in het eerste uur. In overleg met patiënte wordt besloten tot een verwijzing naar de internist met de vraag of deze het beeld en de sterk verhoogde bezinking kan verklaren. De internist ziet patiënte een week later en hij vindt een reeds gemetastaseerd adenocarcinoom in een bronchus rechts. Patiënte gaat snel achteruit en vier maanden na het eerste bezoek aan haar huisarts overlijdt ze.

## Een vraag

Tot op het moment waarop de patiënte met het recept naar de deur van de spreekkamer ging, verliep het consult routinematig: déze huisarts handelt met patiënten van deze leeftijdsklasse en sekse die alleen klagen over een kortdurende, droge prikkelhoest, die bij onderzoek geen afwijkingen vertonen en voor hun klacht graag een geneesmiddel willen hebben, op de beschreven wijze. Een bepaling van de bloedbezinking komt daar in het algemeen niet bij. Waarom nu deze keer wél?

*Koperberg en Kreukniet* stellen dat „hoesten” als onderdeel van de gepresenteerde klachten aanwezig is bij een op de acht ziekte-episoden waarbij de huisarts betrokken is. Volgens *Oliemans* komt het geïsoleerde symptoom „hoesten” 33 maal voor per 1000 patiënten die de huisarts consulteren, terwijl neoplasmata van bronchus, long en trachea, voorkomt bij 0,4 per 1000 patiënten. Dit getal is bij jonge vrouwen die weinig gerookt hebben zeker nog

beduidend lager. Howie (in *Koperberg en Kreukniet*) schat dat de gemiddelde patiënt per jaar viermaal een ziekte van de luchtwegen doormaakt, maar slechts in tien procent van de gevallen de huisarts bezoekt. In het licht van de geciteerde gegevens is het merkwaardig, dat de huisarts die de beschreven patiënte verzorgde, buiten zijn routinematig handelen ging. Wat was daar de oorzaak van?

Uit de aangehaalde literatuur blijkt, dat het voor de Nederlandse huisarts een gewone zaak is, dat mensen met prikkelhoest naar zijn spreekuur komen en dat dit bijna altijd een onschuldige affaire is. In feite is het een „normaal” patroon voor de huisarts. Maar: voor déze patiënte was het niét normaal om voor déze klacht naar de huisarts te gaan. Aan het einde van het consult realiseerde de huisarts zich ineens, dat dit op zichzelf heel normaal lijkende consult, voor déze patiënte wel eens abnormaal kon zijn. De huisarts maakte gebruik van zijn reeds bestaande kennis over het normale gedragspatroon van déze patiënte en ving daardoor het zwakke signaal op, dat mogelijk duidde op abnormaliteit.

## Het begrip „normaal”

Een van de taken van de huisarts is het ontdekken van afwijkingen in een vroeg stadium. Dit betekent veelal, dat de signalen die op een afwijking kunnen wijzen nog zwak en onduidelijk zijn. Juist omdat de signalen soms nog zo zwak en onduidelijk zijn, is het van veel belang ons af te vragen wat we bedoelen met signalen die op „afwijkingen” kunnen wijzen. Afwijkingen waarvan? We bedoelen hiermee: afwijkingen van de norm, afwijkingen van het „normale”. Voor de huisarts is dan ook kennis van het „normale” van zijn patiënten van veel belang; het begrip „normaal” wordt als een toetssteen gebruikt, het neemt daardoor in de (huisarts)geneeskunde een centrale plaats in.

Van Dale verstaat onder „norm”: regel, voorschrift en onder „normaal”: overeenkomstig het voorschrift, naar de regel, regelmatig, gewoon. Van Dale noemt hierbij als voorbeeld: „het normale verloop van een ziekte, het gewone verloop”. De Grote Winkler Prins sluit zich bij dit taalgebruik aan, maar voegt hieraan onder „normaal” toe: „wat in de regel, d.w.z. in de meeste gevallen voorkomt”. Het is dus een regulatief begrip, een begrip dat betrekking heeft op de wijze waarop we met de werkelijkheid omgaan.

\* Huisarts, wetenschappelijk hoofdmedewerker aan het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit.

Kijken we naar de medisch-biologische literatuur over het begrip normaal, dan zien we in de Encyclopaedia of Bioethics vier vormen van „normaal” vermeld: gezondheid, utopie, gemiddelde en in de zin van transactionele systemen. We vinden daarin ook: „normality or health” en „illness = opposite of normality, although it is normal to be alternately healthy and ill”.

In de medisch-sociologische literatuur wordt aandacht besteed aan het persoonlijk beleven van hetgeen al of niet normaal is en de invloed van de (directe) omgeving op dit beleven (*Aakster; Groot; Touw en Verbeek*). Onder andere door *Touw en Verbeek* wordt erop gewezen, dat het (tijdelijk) hebben van klachten zeker niet altijd als „abnormaal” wordt beleefd: men ziet het als onderdeel van het normale leven. *Fahrenfort en Klinkert* wijzen op de „medicalisering”, een begrip dat door Zola is ingevoerd. Om allerlei redenen worden (huis)artsen geconsulteerd, ook voor vragen en problemen die niet op een medisch vlak liggen, althans waarvan men vroeger vond, dat ze niet op een medisch vlak lagen. Het lijkt „normaal” te worden om bij allerlei stoornissen in het welbevinden de (huis)arts te consulteren.

Het is opvallend, dat in leerboeken over huisartsgeneeskunde het begrip „normaal” vrij weinig aandacht krijgt. *Van Es* bijvoorbeeld bespreekt in zijn leerboek de achtergronden van het ziektegedrag van de patiënt (onder meer culturele aspecten), hij noemt de wisselwerking tussen huisarts en patiënt, waardoor zowel de patiënt de huisarts als de huisarts de patiënt leert kennen. Hij wijst erop, dat de huisarts voor een efficiënte werkwijze gebruik maakt van zijn kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt en diens karakter en milieu. Een omschrijving van wat de huisarts als „normaal” beschouwt, geeft hij niet. Het begrip norm en normaal wordt wel genoemd bij de bespreking van de bloeddruk- en laboratoriumwaarden. Een definitie van het begrip wordt ook daar niet gegeven. Het begrip normaal is niet opgenomen in de index van dit boek.

*Fry* spreekt over „normal abnormalities”, maar definieert „normal” noch „abnormal”. *Rakel* bespreekt wel de sociale en culturele determinanten van „ziekte”, maar gaat niet in op het begrip „normaal”. *Wibaut* hanteert de „optimale functie” als norm, maar hij definieert niet wat een optimale functie is. Hij geeft aan dat normen in de verschillende levensfasen anders liggen en noemt als

voorbeeld de „afwijking” presbyopie, die echter in de leeftijdsgroep van de ouderen zoveel voorkomt, dat deze „afwijking” daarin „normaal” is. Hij wijst voorts op de invloed die het tijdperk waarin en de omstandigheden waaronder wij leven, heeft op de bestaande ideeën over normaal/abnormaal. *Huygen* vond in zijn praktijk duidelijke verschillen per familie over wat onder normaal, in de zin van „bij het normale leven behorend” wordt verstaan.

Ik laat het bij deze enkele voorbeelden uit de literatuur en ga na welke verschillende waarden het begrip „normaal” voor de huisartsgeneeskunde heeft. Ik laat daarbij een bespreking van de grenzen van het normale voor wat betreft laboratoriumwaarden buiten beschouwing. Voor dit laatste verwijs ik naar *Wulff en Van der Helm en Hische*.

### Het begrip normaal in de huisartsgeneeskunde

We zagen, dat „het normale” gebruikt wordt als een toetssteen om daar „afwijkingen” tegen af te kunnen zetten. Voor wie is dit een toetssteen?

*De patiënt.* De patiënt ervaart zichzelf en weet of er op een bepaald moment een verandering optreedt in zijn functioneren of zijn beleving daarvan. De patiënt heeft zichzelf als referentiekader. Normaal is hier een subjectief beleven door de patiënt.

*De omgeving.* In de eerste plaats wordt de omgeving door de patiënt als referentiekader gebruikt; het is als het ware per familie bepaald wat als normaal of abnormaal wordt beleefd (*Huygen*). Hierin spelen bredere culturele factoren zeker mee (*Van Es*). Daarnaast legt de omgeving zijn normen op aan de patiënt in de zin van „het is toch niet normaal”, al of niet gevolgd door de dwingende opmerking „je moet naar de dokter”. Ook hier wordt het begrip „normaal” subjectief gebruikt.

*De huisarts.* Het begrip normaal wordt door de huisarts op verschillende manieren gehanteerd:

- De huisarts kent een patiënt (en veelal diens familie) van vroegere contacten. De huisarts heeft min of meer een beeld van wat voor deze patiënt „normaal” is. Een poging tot een zekere mate van objectiviteit wordt hier door de huisarts in het begrip „normaal” aangebracht.

- De huisarts kent door zijn studie en zijn ervaring als medicus een norm die gebaseerd is op het gemiddelde van veel patiënten die ongeveer dezelfde variabelen bezitten. Tijdens de studie wordt

getracht de medisch student objectieve maatstaven van het „normale” bij te brengen. In de praktijk als (huis)arts ervaart men hoe weinig objectief men dit begrip gebruikt.

- De huisarts heeft als mens ook opvattingen over wat voor hemzelf „normaal” is (subjectief). Hierbij merk ik op, dat de huisarts het risico loopt dat hij, bewust of onbewust uitgaand van wat hij voor zichzelf normaal vindt, ten onrechte een norm hanteert ten aanzien van wat bij anderen „normaal” zou zijn. Dit is dan een projectie van zijn eigen subjectieve beeld van het normale op dat van de patiënt.

Laten we nu uitgaan van een huisarts die zichzelf heel goed kent en zichzelf goed kan „hanteren”. Deze huisarts tracht de norm die hij voor zichzelf over zijn eigen „normaal” gedrag of functioneren heeft gesteld, bij de beoordeling van wat voor een bepaalde patiënt normaal is, buiten beschouwing te laten. Laten we aannemen dat dat lukt. Er blijven dan bij het bekijken van een klacht of bevestiging naar het al dan niet „normaal” zijn, de volgende factoren over:

1. de beleving van de patiënt, al of niet beïnvloed door zijn omgeving;
2. de herinnering van de huisarts op grond van vroegere contacten aan wat gewoon, „normaal” is bij deze patiënt (en diens milieu);
3. de kennis van de huisarts van de geneeskunde (en de psychologie en sociologie) en zijn ervaringen met soortgelijke patiënten.

Als een casus eenvoudig is, wijzen deze factoren in dezelfde richting, bijvoorbeeld: een patiënt beleeft zichzelf als ziek, de huisarts meent dat de patiënt er duidelijk beroerder uitziet dan vroeger en tenslotte vindt de huisarts in zijn medisch en/of psychosociaal referentiekader aanknopingspunten voor het ziekverklaren van deze patiënt.

Zo eenvoudig is het niet altijd:

*Mevrouw E., 60 jaar oud, vertelt haar huisarts dat ze zich niet goed voelt; ze is zo huilerig en gespannen de laatste tijd, terwijl er in haar levenssituatie geen aanleiding toe is. Er moet iets aan de hand zijn. De huisarts kent haar als een rustige boerin. Hij vindt haar opvallend veranderd vergeleken bij vroeger, denkt ondermeer aan de mogelijkheid van een hyperthyreoïdie en verwijst haar naar de internist. (Het verhaal speelt een aantal jaren terug toen laboratoriumbepalingen bij hyperthyreoïdie-diagnostiek voor deze huisarts nog niet mogelijk waren.)*

*De internist duidt in eerste instantie het beeld als „nervositeit”. Later blijken de*

*laboratoriumwaarden duidelijk te wijzen op het bestaan van een hyperthyreoïdie.*

In dit geval liepen factoren 1 en 2 parallel aan elkaar en factor 3 voor wat betreft de huisarts ook. De internist maakt over het algemeen weinig gebruik van het eigen beleven of oordeel van de patiënt (factor 1), hij kent de patiënt niet van vroeger (factor 2) en hij is dus aangewezen op zijn medische kennis en ervaring (factor 3) en op informatie van de huisarts. De zwakke signalen uit factor 3 alleen waren niet voldoende om in eerste instantie de diagnose hyperthyreoïdie te stellen.

Het verschil in interpretatie van de klachten en verschijnselen van deze patiënt tussen huisarts en internist berustte niet op een verschil in medische kennis, maar op een verschil in kennis van deze patiënt. Bremer wijst erop, dat de huisarts vaak bij het beoordelen van de situatie van een patiënt gebruik maakt van zijn voorkennis over die patiënt. Het is echter niet alleen wat de patiënt in medische zin heeft doorgemaakt, maar vooral ook het gebruikelijke, het normale gedrag van de patiënt dat meetelt.

Bij de beoordeling van wat wel of niet normaal is, kan de (huis)arts op een heel eenvoudige en uiterst nuttige manier gebruik maken van de eerder genoemde eerste factor, de beleving van de patiënt. *Holten-Vriesema e.a.* houden ons voor dat bij de „intake” de beleving van zijn klachten door de patiënt van veel belang is. De vraag „Wat denkt u er zelf van?”, die vaak tijdens methodisch werken gesteld wordt, gaat in die richting. Juist als het gaat om kleine, zwakke en/of onduidelijke signalen kan de patiënt ons, als huisarts, helpen (en wij de patiënt) door te zeggen wat er nú „anders dan anders” is. Op deze wijze kunnen de drie factoren elkaar versterken en een duidelijker beeld geven over normaal/abnormaal.

## Beschouwing

Bezien we de genoemde drie factoren nogmaals:

1. De beleving door de patiënt van zijn eigen „normaal” zijn. We hebben gezien dat dit onder invloed staat van persoonlijkheid, familie, tijdsbeeld, situatie en dergelijke. Om signalen van de patiënt een bepaalde waarde te geven, moet de huisarts weten hoe breed voor deze patiënt het begrip normaal is: voor de ene patiënt behoort een periode met kriebelhoest tot het normale leven en voor de ander beslist niet. Het begrip

normaal is voor de eerste patiënt breder dan voor de tweede. Zo zal een angstige patiënt over het algemeen een wat smallere basis voor het normale bezitten. (Of wordt iemand door een beperkt normaal-begrip juist angstig?) En zo doen we bij het „geruistellen” van de patiënt veelal niet meer dan het begrip normaal van die bepaalde patiënt wat verruimen.

2. De tweede factor is: de herinnering van de huisarts aan het normale gedrag of functioneren van de patiënt tijdens vroegere contacten. Helaas is onze herinnering vrij onbetrouwbaar. Een geheugensteun in de zin van notities is dan ook heel nuttig. Toch heeft een waarnemer met een goed ingevulde patiëntenkaart in de hand een achterstand ten opzichte van de eigen huisarts. Het geheugen helpt ons, huisartsen, wel regelmatig, met name wat betreft het gebruikelijke gedrag of functioneren van deze patiënt. Doordat een waarnemer of arts-assistent veelal niet op de tweede factor kan afgaan, is de eerste voor hem nóg belangrijker. Moeilijk daarbij is, dat de waarnemer ook niet weet hoe breed bij deze patiënt „normaal” is. Het is in zo'n situatie dan ook van belang dat men de tijd neemt om dit uit te vinden. Doet men dit niet, dan wordt de derde factor het enige baken waarop men kan varen.

3. De derde factor: de kennis van de huisarts, gebaseerd op zijn kennis van en inzicht in de geneeskunde, respectievelijk psychologie en sociologie, en op zijn ervaringen door contacten met soortgelijke patiënten. Ook hier speelt het begrip „normaal” een belangrijke rol; immers, waar ligt binnen een grote groep patiënten de grens van het normale? Stel dat er verschijnselen of waarden bestaan die binnen het „normale” een verdeling vertonen volgens een Gaussecurve en we definiëren normaal als het gemiddelde  $\pm$  tweemaal de Standaard Deviatie, dan valt toch één op de twintig „normalen” buiten de grens. Geldt het waarden die in maat of getal uit te drukken zijn, dan zijn de grenzen veelal wel bekend.

Geldt het verschijnselen of symptomen, dan is het veel moeilijker: wanneer zijn klieren in de oksel of lies nog net normaal en wanneer net niet meer? Is een korte periode met kriebelhoest normaal of abnormaal, als bekend is dat dit gemiddeld viermaal per jaar voorkomt?

In de opleiding wordt niet een vast omlijnd beeld gegeven van wat binnen en wat buiten het normale valt. We ontwikkelen als huisarts geleidelijk een veelal impliciet beeld van wat nog wel en wat

niet meer normaal is of beter gezegd, wat we wel of niet als normaal beschouwen. Een eenvormig, objectief beeld van „normaal” is niet te geven en de volgende vragen kunnen dan ook gesteld worden:

- wat bedoelen huisartsen met het begrip „normaal”?
- welke waarde heeft dit begrip?
- is het juist om met dit begrip in de (huisarts)geneeskunde te blijven werken?

## Conclusie en samenvatting

In de huisartsgeneeskunde neemt het begrip „normaal” een centrale plaats in. Het wordt gebruikt als toetssteen, om bevindingen al dan niet te typeren als een afwijking: een afwijking van het normale.

Wanneer we in de huisartsgeneeskunde spreken over normaal of abnormaal, dan moeten we eraan denken dat het begrip „normaal” op verschillende manieren gebruikt wordt:

- als een beleving van de patiënt zelf, al of niet beïnvloed door zijn omgeving;
- als een uitgangspunt voor de huisarts, (1) op basis van zijn herinnering aan gedrag of functioneren tijdens vroegere contacten met deze patiënt en zijn milieu, (2) op basis van wat deze huisarts bewust of onbewust voor zichzelf normaal vindt waarbij hij dat, ten onrechte, hanteert als norm voor de patiënt;
- als een veelal impliciet gemiddelde van vele patiënten die min of meer dezelfde variabelen bezitten.

Gezien de uiteenlopende mogelijkheden tot interpretatie van het begrip „normaal”, wordt de vraag gesteld of het zinvol is, dit begrip in de (huisarts)geneeskunde te blijven hanteren.

*Summary. The concept „normal” in general medicine. The concept „normal” occupies a central place in general medicine. It is used as a touchstone in classifying findings as non-deviant from the normal. Speaking of normal or abnormal in general medicine, one should bear in mind that the term „normal” is used in a variety of senses:*

- to describe the patient's subjective experience, influenced or not influenced by the environment;
- to describe the general practitioner's premise: 1) on the basis of his memory of behaviour or functioning during previous contacts with this particular patient and his environment; 2) on the basis of this doctor's conscious or unconscious notion of normality which he applies

(without justification) to the patient; – as an often implicit average of many patients with more or less identical variables.

In view of the diverse possibilities of interpreting the concept „normal”, the question is raised whether it is meaningful to continue the use of this concept in (general) medicine.

- Aakster, C. W. Ziekte, gezondheid en gezondheidsverstoring in Westerse samenlevingen. In: C. W. Aakster en G. Kuiper (red.). Leerboek medische sociologie. *Wolters-Noordhoff, Groningen*, 1978.
- Bremer, G. J. Dokters in hun dagelijkse doen. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 477-483.
- Es, J. C. van. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. *Oosthoek, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1974.
- Fahrenfort, M. en J. J. Klinkert. Medicalisering – naar een omschrijving. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 412-416.
- Fry, J. A new approach to medicine. *MTP Press, Lancaster*, 1978.
- Helm, H. J. van der en E. A. H. Hische. Gevoeligheid, specificiteit en diagnostische waarde van laboratoriumonderzoekingen. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1944-1951.
- Holtzen-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 322-335.
- Huygen, F. J. A. Family medicine. *Dekker & Van de Vegt, Nijmegen*, 1978.
- Groot-Büchli, K. E. Gevolgen van lichamelijke stoornissen. In: C. W. Aakster en G. Kuiper (red.). Leerboek medische sociologie. *Wolters-Noordhoff, Groningen*, 1978.
- Koperberg, I. Ph. L. en J. Kreukniet. De patiënt die hoest. In: S. A. Duursma, I. Ph. L. Koperberg en W. J. Zweerts de Jong (red.). Kompas voor de huisarts. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1979.
- Rakel, R. E. Family practice. *Saunders, Philadelphia*, 1978.
- Reich, T. W. e.a. Encyclopaedia of bioethics. *The Free Press, Collier-Macmillan, New York*, 1978.
- Touw-Otten, F. en P. Verbeek-Heida. Hulpzoekend en ziektegedrag. In: C. W. Aakster en G. Kuiper (red.). Leerboek medische sociologie. *Wolters-Noordhoff, Groningen*, 1978.
- Wibaut, F. De methode der geneeskunde. *Bohn, Haarlem*, 1962.
- Wulff, H. R. Rational diagnosis and treatment. *Blackwell, Oxford*, 1976.

## Zelfbehandeling; een benadering door de huisarts

J. E. CALKHOVEN\*

Over zelfbehandeling bestaan uiteenlopende meningen. Sommigen bepleiten in beginsel een uitbreiding van het aantal vrij verkrijgbare geneesmiddelen, anderen menen dat het verschijnen zelfzorg moet worden ingebed in de vertrouwde patiënt-artsrelatie. Feit is intussen, dat zelfbehandeling op grote schaal voorkomt en zich voor het merendeel onttrekt aan het oog van de huisarts; ook als deze wél geconsulteerd wordt, zal hij zich vaak niet afvragen, of de patiënt zelf al iets aan zijn klacht gedaan heeft.

### Inleiding

Begin 1978 beschreef *De Jong* een patiënte met een alcoholintoxicatie ten gevolge van het gebruik van één tot drie flessen Melisana per dag. Hij ontdekte dat op de Nederlandse bijsluiter niet stond vermeld, dat Melisana circa 75 procent alcohol bevat en navragen bij vijf drogisterijen leverde op, dat dit aldaar onbekend was.

Ongeveer in dezelfde tijd deed zich in mijn praktijk het volgende geval voor. Bij mevrouw V., geboren in 1934, was begin 1976 een lichte chronische pyelonefritis gevonden. Een bij hercontrole ontdekte hypokaliëmie (serum K 2,5 mmol/l) werd aanvankelijk toegeschreven aan de nierafwijking, maar grondig navragen resulteerde in de mededeling, dat mevrouw al enige tijd veel laxantia gebruikte. Toen dit misbruik werd gestopt, steeg het serumkalium weer tot normale waarden.

Door deze voorvallen ging ik mij realiseren, dat ik weinig weet had van wat men zoal zelf doet bij het optreden van klachten en dat ik er nooit naar informeerde bij mijn patiënten. Desgevraagd bleek hetzelfde voor vele collega te gelden.

### Enige theoretische overwegingen

Wanneer men zich onwel voelt, kan men verschillende acties ondernemen: men kan gebruik maken van het „leken-

verwijssysteem” (advies of hulp vragen bij andere gezinsleden, burens, familie, vrienden enzovoort), men kan een professionele hulpverlener inschakelen, of de hulp inroepen van een kwakzalver of een kruidendokter; men kan ook niets doen en tenslotte kan men zelfbehandeling toepassen.

Onder zelfmedicatie verstaan we het ter bevordering van de gezondheid gebruiken van geneesmiddelen die niet direct door een arts of andere medische hulpverlener zijn voorgeschreven (*Van der Velde* 1976). Zelfbehandeling is een ruimer begrip en omvat allerlei handelingen die men doet om de gezondheid te bevorderen (bedrust, rode lamp, stomen). Beide termen worden in de literatuur vaak door elkaar gebruikt. Zelfbehandeling kan een vorm van ziektegedrag zijn (men onderneemt iets als men zich ziek voelt of vindt), maar ook een vorm van gezondheidsgedrag (men onderneemt iets om de gezondheid te bevorderen: trimmen, het innemen van vitaminepreparaten of tonica, enzovoort).

Opvallend is, dat in Nederland weinig aandacht is besteed aan dit onderwerp in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Engeland. Zolang *huisarts en wetenschap* bestaat, is het in dit tijdschrift slechts twee keer aan de orde geweest (*Monasso; Brouwer en Touw-Otten*). In de medisch-sociologische literatuur in ons land vinden we hierover meer (*Aakster; Cassee* 1973; *Jessen*). Ook de farmaceutische industrie heeft twee keer via een brochure de artsenwereld willen infor-

\* Huisarts te Nunspeet.