

(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, bureu, 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.

meren over zelfmedicatie (*Zelfmedicatie* 1969 en 1979).

De literatuur werd door mij bestudeerd met de volgende, vooral voor de huisarts interessante vragen als leidraad:

- hoe vaak moet de huisarts rekening houden met zelfbehandeling bij de patiënten die contact met hem zoeken? Met andere woorden: wat is de omvang van deze vorm van zelfzorg vanuit het gezichtspunt van de huisarts?
- waarmee behandelt men zichzelf?
- bij welke klachten past men vooral zelfbehandeling toe?
- heeft de huisarts een taak bij de zelfbehandeling?

Al snel bleek, dat de medisch-sociologische studies deze vragen slechts ten dele konden beantwoorden, doordat zij een andere invalshoek hadden: zij waren meer gericht op een algemene populatie. Alleen *Brouwer en Touw-Otten* hadden dezelfde invalshoek bij hun analyse van de premedische periode, maar het verschijnsel zelfbehandeling vormde slechts een klein aspect van hun onderzoek.

### Methoden van onderzoek

Het onderzoek vond plaats gedurende twee weken (11-15 december 1978 en 2-6 april 1979) in een tweetal huisartspraktijken. Praktijk 1 telt circa 2000 patiënten. In deze plattelandspraktijk zijn één arts en één assistente werkzaam. Praktijk 2 is een apotheekhoudende plattelandspraktijk met ongeveer 4000 patiënten. Twee artsen en twee assistentes hebben hierin een dagtaak. In beide weken werden dagelijks alle consulten, visites en telefonische contacten genoteerd. Alleen aan patiënten met een nieuwe klacht werd een enquêteformulier uitgereikt met het verzoek dit in te vullen. Evenals *Brouwer en Touw-Otten* versta ik onder patiënten met een nieuwe klacht: patiënten die contact met de huisarts zoeken, zonder dat dit tijdens een vorig contact is overeengekomen.

Qua opzet waren er enkele verschillen tussen de eerste en de tweede week. In de eerste week deden alle leeftijdsgroepen mee. Bij kinderen tot vijftien jaar vulden ouders of verzorgers de enquête in, personen van vijftien jaar en ouder deden dit zelf. In de tweede week werden alleen personen van vijftien jaar en ouder geënquêteerd. De grens van vijftien jaar is arbitrair, maar aangenomen mag worden dat men vanaf die leeftijd op redelijke wijze zelf kan beoordelen welke stappen men onderneemt bij onwelbevinden. Het zijn over het alge-

meen de kinderen van die leeftijd, die men voor het eerst zonder ouders op het spreekuur ziet verschijnen.

Verder werd in de eerste week de enquête direct na het arts-patiëntcontact in een daartoe ingerichte ruimte ingevuld; in de tweede week kreeg men het formulier mee naar huis met het verzoek het na beantwoording van de vragen terug te brengen. Voordeel van de eerste methode is natuurlijk de grotere respons (100 procent); een nadeel is de grotere belasting van de praktijkvoering.

Tenslotte werd tijdens de tweede week gebruik gemaakt van een duidelijker vragenlijst; deze bevatte echter wel ongeveer dezelfde vragen, zodat de resultaten van beide enquêtes vergelijkbaar zijn. Bij het beoordelen van de besproken verschillen - steeds een gevolg van verbeteringen op grond van de ervaringen in de eerste week - moet men bedenken, dat het opdoen van ervaring met onderzoek door middel van een enquête een van onze nevensdoelstellingen was. Daarbij is ook geprobeerd na te gaan hoe een en ander het beste gerealiseerd kon worden en of een dergelijke enquête mogelijk zou zijn in een groter aantal praktijken, zodat de resultaten zouden kunnen winnen aan representativiteit.

### Resultaten

In *tabel 1* valt vooral op het grote aantal contacten in praktijk 2, de apotheekhoudende praktijk. Het aantal contacten van de artsen was ongeveer gelijk, maar de assistentes in praktijk 2 hadden duidelijk meer contacten. In totaal werden 181 enquêteformulieren uitgereikt. De respons was deze week 100 procent. Ongeveer de helft van de patiënten met een nieuwe klacht had hieraan zelf al iets gedaan.

Ook in *tabel 2* zien we een relatief groot aantal contacten in praktijk 2. Er werden 120 formulieren uitgereikt. In praktijk 1 was de respons 94 procent, in praktijk 2 69 procent. Een verklaring voor het verschil is wellicht, dat het initiatief was genomen door huisarts 1 en dat deze misschien een en ander met wat meer nadruk heeft geëntameerd. In praktijk 1 had ongeveer de helft van de ondervraagden al iets aan de klacht gedaan, in praktijk 2 circa 30 procent van de respondenten.

In *tabel 3* is weergegeven wat men zoal had gedaan of gebruikt. In de eerste week bevatte de enquête hierover een open vraag; in de tweede week was een indeling in groepen gemaakt; dit laatste bleek echter problemen op te leveren

*Tabel 1. Totaal aantal contacten, aantal nieuwe klachten en aantal gevallen van zelfbehandeling in de eerste week.*

	Praktijk 1	Praktijk 2	Totaal
Totaal aantal contacten	198	553	751
Aantal nieuwe klachten	72	109	181
Aantal gevallen van zelfbehandeling	35	56	91

*Tabel 2. Totaal aantal contacten, aantal nieuwe klachten en aantal gevallen van zelfbehandeling in de tweede week.*

	Praktijk 1	Praktijk 2	Totaal
Totaal aantal contacten	131	470	601
Aantal nieuwe klachten	35	85	120
Aantal gevallen van zelfbehandeling	17	21	38

*Tabel 3. Gebruikte middelen.*

Middelen	Aantal malen	
	Week 1	Week 2
Oraal ingenomen middelen	50	14
Analgetica/antipyretica	25	
Hoestmiddelen	17	
Middelen tegen keelpijn	6	
Middelen tegen „zenuwen”	2	
Uitwendig gebruikte middelen (zalf, smeersel etcetera)	25	13
Rust, dieet, rode lamp, stomen etcetera	16	13
Homeopathie, kruiden etcetera	3	1
Totaal	94	41

Tabel 4. Klachten waarvoor zelfbehandeling werd toegepast.

Aard van de klachten	Week 1		Week 2	
	Totaal	Zelfbehandeling	Totaal	Zelfbehandeling
Tractus respiratorius (griep, hoesten)	92	57	31	15
Tractus locomotorius	18	8	12	7
Huidaandoeningen	17	7	6	3
Traumata	4	1	8	6
Nerveuze klachten	11	5	5	1
Tractus digestivus (aambeien)	9	3	8	4
Tractus urogenitalis	9	1	10	1
Ooraandoeningen	10	5	1	-

bij de beantwoording, zodat de cijfers van de tweede week met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Tevens dienen we (net als bij de tabellen 1 en 2) te bedenken, dat de eerste week alle leeftijdsgroepen omvat en de tweede alleen patiënten van vijftien jaar en ouder.

Uit vergelijking van tabel 3 met de tabellen 1 en 2 blijkt, dat in de eerste week door 91 patiënten 94 maal een middel werd toegepast; in de tweede week waren die cijfers respectievelijk 38 en 41. Men heeft zich dus over het algemeen beperkt tot slechts één middel.

Tabel 4 geeft een overzicht van de klachten waarvoor men zichzelf behandelde. In de eerste week viel op, dat bij de leeftijdsgroep jonger dan vijftien jaar bijna geen zelfmedicatie voorkwam; alleen op het gebied van de tractus respiratorius zag men hetzelfde patroon als bij de ouderen. Om deze reden werd besloten de jongere groep in de tweede week buiten beschouwing te laten. Wij voelden ons in dit besluit gesteund door de bevindingen van Monasso en Dunnell and Cartwright, die meenden waar te nemen, dat moeders bij zelfbehandeling voorzichtiger met hun kinderen te werk gingen dan met zichzelf en zich daarbij vooral beperkten tot als minder ernstig ervaren, vertrouwde ziekteverschijnselen (verkoudheid, griep, hoesten). Ook werd bij kinderen eerder en vaker professionele hulp ingeroepen.

### Beschouwing en conclusies

*Hoe vaak moet de huisarts rekening houden met zelfbehandeling bij de patiënten die contact met hem zoeken?*

Men kan de omvang van zelfbehandeling op verschillende manieren benaderen. De meeste cijfers hierover vinden we in de meer algemeen gerichte studies (Dunnell and Cartwright; Jessen; Verslag). Kort samengevat komt het hierop neer: circa 80 procent van alle mensen past min of meer regelmatig zelfbehandeling toe; circa 60 procent van alle

klachten bereikt de arts niet en wordt zelf bestreden („ijsbergfenomeen”) en circa 25 procent van de totale omzet aan geneesmiddelen per jaar wordt ingenomen door de vrij verkrijgbare geneesmiddelen.

Doel van dit onderzoek was het verkrijgen van meer inzicht in zelfbehandeling in de premedische fase (de periode vanaf het begin van de klacht(en) of symptoomperceptie tot het gaan naar de huisarts). Brouwer en Touw-Otten vonden in hun studie een zelfbehandelingspercentage van 37 procent in de premedische fase. Andere cijfers zijn niet te vinden in de literatuur. In ons onderzoek kwamen we op een gemiddelde van 45 procent: 45 procent van de mensen die bij ons kwamen met een nieuwe klacht, had hieraan zelf al iets gedaan, al dan niet met succes.

### Waarmee behandelt men zichzelf?

Het antwoord op deze vraag is ook te vinden in studies die gericht zijn op een algemene populatie (Dunnell and Cartwright; Jessen). Ook in het proefschrift van Dukes en in het rapport van de Raad van Europa (*Abuse of medicines*) vinden we hierover gegevens. Vooral oude, vertrouwde middelen worden gebruikt: analgetica/antipyretica, laxantia, hoestmiddelen en huidmiddelen; in mindere mate middelen tegen keelpijn, decongestiva, tonica, vitamines en sedativa. Dit beeld komt ongeveer overeen met het door ons gevondene, echter met één verschil: laxantia werden niet gebruikt in de door ons onderzochte populatie en komen dus niet voor in tabel 3. Een verklaring hiervoor kan zijn, dat slechts weinigen bij de huisarts komen met de primaire klacht obstipatie en dat laxantia dus vooral, min of meer succesvol, gebruikt worden door de niet-komers.

### Bij welke klachten past men vooral zelfbehandeling toe?

Dukes stelt, dat het hier voornamelijk gaat om de vertrouwde, kleine, alledaagse, als minder ernstig ervaren

klachten. Alle studies melden, dat dit gebruik over het algemeen verantwoord is. Als meest voorkomende klachten worden genoemd: hoofdpijn, hoesten, griep, verkoudheid, keelpijn, indigestie, obstipatie, huidafwijkingen, brand- en snijwonden, blaren, insectenbeten, menstruatieklachten, zenuwachtigheid, spierpijn, aambeien, kater, kiespijn, reisziekte, acne en transpirerende voeten (Dukes; Abuse; Van der Velde 1976).

Het voert te ver hier dieper op in te gaan, maar wederom kan voorzichtig gesteld worden, dat dit beeld ongeveer overeen komt met het door ons gevondene.

### Heeft de huisarts een taak bij de zelfbehandeling?

In de literatuur wordt zelfbehandeling op verschillende manieren ingedeeld. Men hanteert een indeling aan de hand van de gebruikte middelen (receptgeneesmiddelen of vrij verkrijgbare middelen) en een indeling aan de hand van de manier van toepassen (preventief en curatief; acuut en chronisch; rationeel en irrationeel; algemeen en speciaal). Ik wil hier een andere indeling introduceren, één vanuit het gezichtspunt van de huisarts. Met behulp van deze indeling wil ik trachten weer te geven welke taak de huisarts naar mijn mening heeft bij zelfbehandeling.

Alvorens hiertoe over te gaan, lijkt het zinvol in te gaan op twee tegengestelde standpunten betreffende de plaats van de zelfbehandeling. Enerzijds vinden we de mening van Nelemans (voorwoord *Zelfmedicatie 1979*; mondelinge mededeling), die er een voorstander van is; dat het aantal vrij verkrijgbare geneesmiddelen wordt uitgebreid met bijvoorbeeld eenvoudige corticosteroidzalven en slaapmiddelen, mits de consument over voldoende kennis beschikt om er op verantwoorde wijze mee om te gaan. Anderzijds zien we de mening van Hulka e.a. (weergegeven door Cornips) en Anderson e.a., die vinden dat de zelfzorg, waartoe de zelfbehandeling behoort, ingebed en gestimuleerd moet worden binnen de patiënt-artsrelatie. Idealiter heeft mijns inziens Nelemans gelijk, maar op dit moment pleit tegen zijn opvatting, dat het met de medische kennis van de gemiddelde leek nog immer droevig is gesteld (Monasso). Tegen het andere standpunt wil ik inbrengen het gevaar van toenemende medicalisering, waartegen Illich voldoende gewaarschuwd heeft.

Dan nu de indeling die het best bruikbaar is voor de huisarts:

• Zelfbehandeling in de niet-medische fase. Al eerder is vermeld dat circa 60 procent van alle klachten de arts niet bereikt. Deze klachten worden geneeerd, zelf behandeld of geuit bij anderen dan de professionele hulpverleners. Duidelijk is dus, dat dit alles zich afspeelt buiten de gezichtskring van de arts. Gegevens over deze fase zijn vooral bekend geworden uit studies die gericht waren op een algemene populatie, zoals die van *Jessen*.

• Zelfbehandeling in de premedische fase. Dit is de periode vanaf het begin van de klacht(en) of symptoomperceptie tot het gaan naar de arts. Deze personen komen dus uiteindelijk met hun klacht(en) toch bij de dokter terecht.

• Zelfbehandeling in de medische fase. We kunnen hier ook spreken van nevenbehandeling; men is al voor een bepaalde klacht onder behandeling, maar daarnaast doet men zelf ook nog iets aan die klacht of aan nieuw optredende klachten.

Bij zelfbehandeling in de medische fase zou men nog onderscheid kunnen maken tussen zelfbehandeling bij kort bestaande, min of meer acute klachten en bij chronische klachten of aandoeningen.

Welke taak heeft de huisarts in deze drie fasen?

In de niet-medische fase is mijns inziens de voornaamste taak van de huisarts, dat hij goed bereikbaar is voor overleg en bereid is tot het geven van informatie. *Cassee* (1969; 1973) concludeerde, dat de huisarts nog altijd te weinig informatief is ingesteld, hetgeen het duidelijkst tot uiting kwam bij de lagere sociaal-economische milieus, dat wil zeggen bij diegenen die goede voorlichting het meest nodig hebben.

In een zestal interviews die ik voor het eigenlijke onderzoek deed bij mij grotendeels onbekende mensen uit verschillende lagen van de bevolking, om wat meer inzicht te krijgen in wat er zoal voor meningen zijn over huisartsen, zelfbehandeling etcetera, schrok ik van het feit, dat men unaniem de drempel naar de huisarts als te hoog ervoer en zelfs als een moeilijk te slechten barrière, ook al vond men de relatie met de eigen huisarts goed. Men had toch vele vragen, waarover men met de huisarts weleens van gedachten wilde wisselen, maar dat was iets wat men eigenlijk niet deed. Ook op door onze groep huisartsen gegeven voorlichtingsavonden kwam dit telkens weer naar voren.

Als dit waar is, zullen alle goede bedoelingen van huisartsen stuk lopen op deze

– al of niet terecht gevoelde – barrière. Naar mijn mening zal bij een open, informatieve houding van de huisarts die bovendien makkelijk voor overleg bereikbaar is (telefonisch spreekuur), deze barrière geslecht kunnen worden, waardoor diegenen die niet zoveel contact hebben met hun dokter, hem makkelijker zullen inschakelen voor overleg over zelfbehandeling of het kiezen van een alternatieve geneeswijze. Deze contacten kan de huisarts aangrijpen om voorlichting te geven. Het hoeft geen betoog, dat dit het beste lukken zal bij een goede patiënt-artsrelatie en dat we bij een dergelijke relatie niet bang hoeven te zijn voor toenemende medicalisering, als de huisarts daar maar oog voor heeft en bereid is waakzaam te zijn op dit terrein.

In de premedische fase krijgt de taak van de huisarts vooral gestalte bij het eerste patiënt-artscontact. De huisarts is gewend zichzelf in dit contact de vraag te stellen: „Waarom komt deze patiënt op dit moment bij mij met deze klacht?” Het lijkt een kleine moeite dit uit te breiden met: „Wat heeft hij of zij er zelf al aan gedaan?” Deze vraag lijkt me nuttig en noodzakelijk en wel om de volgende redenen:

– de huisarts voorkomt, dat hij een therapie gaat instellen die de patiënt zelf al doet („dubbel op” behandeling) of tevergeefs heeft gedaan;

– de huisarts kan eventueel onjuist geneesmiddelengebruik op het spoor komen en via voorlichting herhaling voorkomen;

– onbegrepen klachten kunnen bijwerkingen zijn van een door de patiënt zelf ingestelde therapie.

In de medische fase dient de huisarts tevens voortdurend te letten op wat de patiënt zelf nog doet naast de ingestelde therapie; hij moet goed bereikbaar zijn voor overleg en bereid tot het geven van voorlichting. Wederom spreekt van zelf, dat dit het beste zal functioneren bij een goede patiënt-artsrelatie. Vertrouwt men de huisarts, dan zal men niet schromen hem in te schakelen voor overleg over zaken, waarmee men vroeger bleef zitten of die men zelf op een verkeerde manier oploste. Eigenlijk gaat de huisarts dan een rol spelen in het „lekenverwijssysteem”, met andere woorden hij komt dicht bij de mens met zijn dagelijkse beslommingen te staan.

Daarnaast zij wellicht ten overvloede vermeld, dat de taak van de huisarts bij patiënten met chronische klachten of aandoeningen wat makkelijker kan zijn, doordat er dan meestal frequent contact

zal bestaan, zodat het klimaat voor regelmatig overleg gunstiger is.

Tenslotte nog een tweetal conclusies:

• In de literatuur overheerst de opvatting, dat zelfbehandeling over het algemeen op verantwoorde wijze plaatsvindt, maar dat het zaak blijft attent te blijven op foutieve vormen van zelfbehandeling en deze, waar mogelijk, door middel van voorlichting te voorkomen of bij te sturen. Ook in ons onderzoek kwamen we geen onverantwoorde zaken op het spoor. Duidelijk is, dat de huisarts zelfbehandeling positief moet beoordelen, maar dat hij in deze tijd van overwaarding van het geneesmiddel vooral andere vormen van zelfzorg moet stimuleren.

• Met *Van der Velden* (1971) ben ik de mening toegedaan, dat de enquête een geschikte methode van onderzoek is in de huisartspraktijk. Wel is onze ervaring, dat de patiënt deskundige hulp moet hebben bij het beantwoorden van de vragen. Daar die hulp ontbrak in ons onderzoek, waren de vragen vaak onvolledig beantwoord, wat een reden is om de resultaten voorzichtig te interpreteren. Wil men met meer gezag uitspraken doen, dan zal het onderzoek herhaald moeten worden in een groter aantal praktijken, hetgeen een kostbare zaak wordt, ook al door de vereiste deskundige hulp.

## Bijlage: de enquête

### Personalialia

Wat is uw geslacht?

- mannelijk  
 vrouwelijk

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw burgerlijke staat?

- gehuwd  
 ongehuwd  
 gehuwd geweest

Welke opleiding hebt u gehad?

Wat is uw beroep?

Werkt u zelfstandig of in loondienst?

- zelfstandig  
 loondienst

Hoe bent u verzekerd?

- ziekenfonds  
 particulier

### Vragen over de klacht en het gebruik van medicijnen

Voor welke klacht(en) schakelde u de huisarts in?

Op welke wijze schakelde u de huisarts in?

- via de telefoon  
 ik ging naar het spreekuur  
 ik vroeg de dokter bij mij thuis  
 .....

Hoe lang had u die klacht(en) al?

- ± een dag  
 enkele dagen

- ± een week
- enkele weken
- langer dan een maand

Hebt u de laatste twee weken nog medicijnen via de huisarts of specialist gebruikt?

- ja
- nee

Zo ja, welke?

En waarvoor?

Hebt u zelf al iets gedaan aan de bovengenoemde klachten?

- ja
- nee

*Attentie:* Als u de vorige vraag met nee hebt beantwoord, kunt u nu stoppen met invullen. Wel graag uw formulier weer inleveren. U gaat dus alleen verder met antwoorden als u de vorige vraag met ja beantwoord hebt.

#### Vragen over de zelfbehandeling

U hebt dus zelf al iets gedaan aan uw klacht.

Waarom ging u toch naar de dokter?

- wat ik zelf deed hielp niet
- ik werd ongerust, angstig
- het ging anders dan ik gedacht had (het werd erger of het duurde langer)
- ik moest toch naar de dokter (voor iets anders)
- iemand in mijn omgeving stuurde me naar de dokter
- .....

Hoe behandelde u zichzelf?

- met tabletten, poeders, druppels, drank of capsules (dus via de mond ingenomen middelen)
- met zalf, smeersel, strooipoeder, oor/neusdruppels of zetpillen (dus uitwendig gebruikte middelen)
- met rust, dieet, rode lamp, stomen en dergelijke (dus allerlei handelingen in plaats van geneesmiddelen)
- met homeopathische middelen, kruiden en dergelijke (dus meer zogenaamde alternatieve geneeswijzen)
- .....

Wie of wat bracht u op het idee van deze behandeling?

- zelf
- gezinslid
- familie, burens, vrienden, kennissen
- bevriende arts, verpleegster of andere deskundige
- drogist
- reclame
- .....

Hoe kwam u aan het middel?

- drogist
- apotheek
- familie, burens, enzovoort
- restant van een oude kuur
- .....

Was er een gebruiksaanwijzing bij?

- ja
- nee

Indien ja, las u die?

- ja
- nee

Hoe lang hebt u het gebruikte middel al in huis?

- enkele dagen
- ± en week
- enkele weken

- ± een maand
- langer dan een maand
- ± een jaar of langer
- ja
- nee

Heeft het middel u geholpen?

*Samenvatting. Met behulp van een vragenlijst werd gedurende twee weken in een tweetal huisartspraktijken een onderzoek ingesteld naar het verschijnsel zelfbehandeling in de premedische fase. Ongeveer 45 procent van de patiënten die bij de huisarts kwamen met een nieuwe klacht, had hieraan zelf al iets gedaan. De meest gebruikte middelen waren analgetica/antipyretica, uitwendig toegepaste middelen en hoestmiddelen. Over het algemeen werden deze middelen op verantwoorde wijze toegepast. De klachten waarvoor men zichzelf behandelde, lagen vooral op het gebied van de tractus respiratorius, tractus locomotorius, tractus digestivus, dermatologie en traumatologie. Na de introductie van een nieuwe indeling van zelfbehandeling vanuit het gezichtspunt van de huisarts wordt aan de hand hiervan de taak van de huisarts besproken.*

*Tenslotte wordt gesteld, dat een onderzoek door middel van een enquête goed te doen is in de huisartspraktijk, mits de patiënt deskundige hulp krijgt bij het beantwoorden van de vragen. Zeker wanneer men verschillende praktijken inschakelt om met meer gezag uitspraken te kunnen doen, wordt een dergelijk onderzoek hierdoor wel een kostbare zaak.*

*Summary. Self-medication. An approach by the general practitioner. With the aid of a questionnaire, the phenomenon of self-medication in the pre-medical phase was studied during two weeks in two general practices. About 45 per cent of patients who presented with a new complaint, had done something about it. Most had used analgesic/antipyretic agents, antitussives and agents for external application. These remedies were generally used in a responsible manner. Symptoms inviting self-medication generally involved the respiratory tract, locomotor apparatus, digestive tract, and dermatological and traumatological complaints. After introduction of a new classification of self-medication as viewed by the general practitioner, the task of the general practitioner is discussed.*

*Finally it is concluded that an investigation by questionnaire poses no problems in general practice, provided the patient receives expert help in answering the*

*questions. Particularly if several practices are involved in order to lend more weight to conclusions, such studies involve considerable expenses.*

Aakster, C. W. Nieuwe therapeutische strategieën en mogelijkheden in de gezondheidszorg. (1972) *Katernen 2000* nr. 4/5, 16-22.

Abuse of medicines. Council of Europe, Strasbourg, 1975.

Anderson, J. A., C. Buck, K. Danaker e.a. Users and non-users of doctors-implications for self care. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 27, 155-159.

Brouwer, W. en F. Touw-Otten. Van klacht tot klagen. Een analyse van de premedische periode. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 3-15.

Cassee, E. Th. Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt. (1969) *huisarts en wetenschap* 12, 97-104.

Cassee, E. Th. Naar de dokter. Enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidsgedrag. *Boom, Meppel*, 1973.

Cornips, J. Patiënt, apotheker en compliance. *Doctoraalscriptie Sociale Farmacie, Utrecht*, 1977.

Dukes, M. N. G. Patent medicines and autotherapy in society. *Pasmans, Den Haag*, 1963.

Dunnell, K. and A. Cartwright. Medicine takers, prescribers and hoarders. *Routledge and Kegan Paul, London etc.*, 1972.

Illich, I. Grenzen aan de geneeskunde. *Weldvenster, Baarn*, 1978.

Jessen, J. L. Medische consumptie. *Sociologisch Instituut, Groningen*, 1974.

Jong, C. A. J. de. Melisana, voor Uw broodnodige rust? (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 82-83.

Monasso, J. Zelfbehandeling in het gezin. (1972) *huisarts en wetenschap* 15, 175-181.

Velde, R. van der. Zelfbehandeling en zelfmedicatie. *Doctoraalscriptie Sociale Farmacie, Utrecht*, 1976.

Velden, H. G. M. van der. Huisvrouw-huisarts-huisgezin. *Dekker en Van de Vegt, Nijmegen*, 1971.

Verslag subgroep „geneesmiddelen gebruik”. *Werkgroep Farmaceutische Industrie, Nijmegen*, 1975.

Zelfmedicatie. [Brochure] *Nefarma, Utrecht*, 1969.

Zelfmedicatie. [Brochure] *Nefarma, Utrecht*, 1979.

Gaarne wil ik de hoogleraren Dr. J. C. van Es en Dr. F. A. Nelemans bedanken voor hun waardevolle suggesties en opmerkingen en de collegae D. Post en H. Verberk, huisartsen te Wezep, voor hun daadwerkelijke medewerking.