

Geneesmiddelengebruik in lekenperspectief

Piet M. Verbeek-Heida

Bij een groep mannen in de arbeidsfase van hun maatschappelijk bestaan wordt aan de hand van hun ervaringen met en het gebruik van bepaalde geneesmiddelen die maagzuur remmen, nagegaan wat zij in hun situatie als rationeel gebruik zien. Twee gebruikspatronen zijn te formuleren met als bijpassende rationaliteit: 'onder voorbehoud' en 'zonder voorbehoud'. Het eerste patroon komt vooral voor bij mannen met een lagere sociale positie die weinig voldoening in hun arbeid vinden. Degenen die gehecht zijn aan hun werk, en vaak tot een hogere sociale laag behoren, zijn meer geneigd de medicijnen 'zonder voorbehoud' in te nemen. De twee gebruikspatronen zijn derhalve nauw gerelateerd aan de beleving van de werksituatie en maar ten dele terug te voeren op een medische diagnose.

Inleiding

Er is de laatste jaren een toenemende belangstelling te signaleren voor 'rationeel geneesmiddelengebruik'. Het woord 'rationeel' in deze omschrijving verwijst naar een verantwoording op grond van bepaalde criteria ontleend aan bijvoorbeeld gezondheidssomschrijvingen, schaarste-problematiek, financieel-economische overwegingen. In de context van de ontwikkelingslanden is een dergelijke verantwoording begrijpelijk (Hardon 1987).¹ In de westerse landen eindigen sinds kort meerdere publikaties eveneens met een pleidooi voor een 'rationeel gebruik' en 'rationele farmacotherapie', ook in ons land (Haaijer 1984). Het gaat dan om rationeel volgens professioneel-wetenschappelijke criteria, die objectief kunnen worden vastgesteld. De aandacht wordt daarbij hoofdzakelijk gericht op de voorschrijfszijde. Artsen moeten rationeler voorschrijven, zij moeten beter worden geschoold en het irrationele geneesmiddelengebruik zal daarmee worden teruggedrongen. De geneesmiddelengebruikers worden veelal buiten beschouwing gelaten, alsof zij geen aandeel hebben in het voorschrijven van geneesmiddelen en zij het geneesmiddelengebruik passief ondergaan. Over het aandeel van de geneesmiddelengebruikers is echter genoeg bekend om te kunnen stellen dat het buiten beschouwing laten van hun aandeel een vertekening zal geven van de mogelijkheden tot rationeel voorschrijven (Balint 1979), van de invloed van patiënten op de vraag naar een geneesmiddel (Stimson 1974; Helman 1978) en van de betekenis van geneesmiddelen voor patiënten (Conrad 1985).

Geregistreerde gegevens, bijvoorbeeld van ziektekostenverzekeringen, lenen zich zeer wel voor onderzoek naar het voorschrijven, maar kunnen weinig inzicht geven

in het gebruik van een geneesmiddel. Zo ook bij een relatief nieuw geneesmiddel als cimetidine, dat in de 70-er jaren op de geneesmiddelenmarkt verscheen (om "maagzuur te remmen, opdat maag- en darmwand minder geprikkeld worden, maagzweren en ontstekingen sneller kunnen genezen en de pijn afneemt", zo kan men in de produktinformatie lezen).

Na bestudering van ziekenfondsregistraties van een aantal jaren van dit geneesmiddel bleken in ons land aanzienlijke verschillen in voorschrijfgedrag voor te komen die maar zeer ten dele terug te voeren zijn op morbiditeitsgegevens (Haaijer e.a. 1983). Een van de conclusies is, dat cimetidine meer wordt voorgeschreven dan op basis van farmacotherapeutische indicaties mag worden verwacht. Een dergelijke verruiming van indicaties bij het voorschrijven wordt gevolgd door een oproep aan artsen tot een kritisch, dat wil zeggen rationeel, voorschrijfbeleid.

Inzicht in het feitelijk gebruik van cimetidine en het daarmee vergelijkbare middel ranitidine, de ervaringen met genoemde middelen en de culturele opvattingen erover kunnen mogelijk aanwijzingen geven hoe een dergelijke indicatieverruiming in het voorschrijven tot stand komt. Onderzoek naar het feitelijk gebruik kan tevens aangeven welke 'rationaliteit' gebruikers zelf ontwikkelen. Een dergelijke rationaliteit zal moeten worden gezocht in de sociale situatie van de gebruikers (Svarstad 1981). Gebruik van cimetidine/ranitidine zal voor jong en oud, mannen en vrouwen, hoger en lager geplaatsten telkens iets anders betekenen (Macintyre 1986). Op welke wijze de sociale omstandigheden van de betrokkenen zelf bijdragen tot het rationeel gebruik van dit middel, daar is weinig over bekend. De centrale vraagstelling in dit artikel luidt daarom: welke verschillen zijn te constateren in de ervaringen met de middelen cimetidine en ranitidine bij gebruikers uit verschillende sociaal-economische en -culturele milieus.

In deze bijdrage worden enkele resultaten weergegeven over het gebruik van en ervaringen met de beide geneesmiddelen.

Vervolgens wordt een analyse gepresenteerd van een deel van de onderzoekspopulatie, namelijk mannen in de arbeidzame fase van hun maatschappelijk bestaan (20-60 jarigen) om na te gaan wat deze mannen zelf in hun situatie als rationeel gebruik van genoemde geneesmiddelen zien en of er bepaalde routines tot stand komen die in een aantal gebruikspatronen zijn samen te vatten. Het onderzoek heeft tot doel inzicht te geven in het lekenperspectief van geneesmiddelengebruik.

Het onderzoek

De materiaalverzameling heeft middels mondelinge interviews in drie regio's in Nederland plaatsgehad, dit om een zekere spreiding te verkrijgen. Het streven was 60 gesprekken per regio. Uiteindelijk zijn gesprekken gevoerd met 172 gebruikers van genoemde geneesmiddelen, verdeeld over de drie regio's.²

Gevraagd is naar de voorgeschiedenis van de klacht, eventueel vroegere behandelingen, medische bemoeienis, lekenbemoeienis, vroeger en huidig gebruik en evaluaties en verwachtingen met betrekking tot het geneesmiddelgebruik. Het doorlopen van het proces met de respondent had als doel antwoord te geven op een aantal subvragen

namelijk welke betekenis heeft dit geneesmiddel in verschillende groeperingen, aan wie of wat ontleen de gebruikers een dergelijke betekenis (vanuit lekenoptiek of vanuit medische optiek) en leidt deze betekenisgeving tot verschillende gebruikspatronen.

Enkele algemene gegevens over de onderzoekspopulatie: het percentage mannen bedraagt 56%; de gemiddelde leeftijd is voor mannen bijna 56 jaar, voor vrouwen ruim 58 jaar; het percentage ziekenfondsverzekerden in de onderzoekspopulatie bedraagt ruim 63%. Het middel wordt in 86% der gevallen door de huisarts voorgeschreven, de overigen krijgen het middel voorgeschreven door een medisch specialist. Ruim 50% gebruikt tevens andere voorgeschreven geneesmiddelen, veelal voor andere dan maag- en aanverwante klachten. De regio's verschillen niet noemenswaard naar vermelde factoren. Het gaat bij het merendeel om langdurig geneesmiddelgebruik, 54% heeft zijn geneesmiddel gemiddeld 4 jaar. Er zijn 24 respondenten (14%) die het geneesmiddel voor de eerste keer gebruiken. De overigen (32%) gebruiken het sinds enkele maanden.

Voor de betekenis van het geneesmiddel en de rationaliteit van het gebruik ervan zijn de gegevens van 33 mannen die in de genoemde leeftijdsfase vallen, bestudeerd. Op grond van de beroepsprestigeschaal (Sixma, H. e.a. 1983) zijn de geïnterviewde mannen op grond van hun (eventueel vroegere) beroepsbezigheden ingedeeld als lagere sociale laag (17 respondenten) of als midden- of hogere sociale laag (16 respondenten).

Analyse

Het materiaal levert informatie op over betekenis van het geneesmiddel, over het tot stand komen van een bepaald gebruik en over referenties (medische en niet-medische) die daarbij gehanteerd worden. Deze informatie biedt de mogelijkheid een tweetal gebruikspatronen te formuleren. De informatie is gebaseerd op de ervaringen met en het gebruik van het middel alsmede opvattingen en verwachtingen. Steeds zal het gemeenschappelijke in de verhalen van de geïnterviewden worden benadrukt (Maso 1987). Gekozen is voor enkele exemplarische voorbeelden van beide patronen.

Het eerste patroon is als volgt: de gebruikers vinden dat het geneesmiddel helpt, dat het welbevinden wordt verhoogd, maar dat de klacht niet overgaat (slechte maag blijft slecht en dergelijke). Het gebruik is naar eigen inzicht en veelal bij pijn of last, zij het bij voorkeur zo weinig mogelijk en in ieder geval minder dan is voorgeschreven. De klacht wordt volgens hen veroorzaakt door hun werk. Aan rust wordt de voorkeur gegeven. Dit geeft wel eens verschil van mening met het professioneel systeem, vooral bij ziekteverzuim. Met name de directe familie speelt een rol in het ondersteunen van deze opvattingen rond klacht en geneesmiddelgebruik. De behoefte om de positie in werksituatie te behouden is bij deze respondenten klein. Het eerste patroon wordt gekenmerkt door het gegeven dat het geneesmiddel niet echt de oplossing is, maar wel nodig is, vandaar het 'voorzichtig' gebruik.

Het tweede patroon is doortrokken van het inzicht dat het middel effectief is voor de klachten. Men neemt opvattingen die in het professioneel systeem over het nut van dit geneesmiddel circuleren, vrij snel over. Een relatie van de kwaal met hun werk wordt wel gelegd, maar men is van mening dat aan het werk zelf weinig veranderd kan worden. Het manco ligt in de persoon zelf, die er niet tegen op kan. Vandaar opluchting

dat er een geneesmiddel is, zodat men (zoveel mogelijk) kan blijven werken en het eventuele ziekteverzuim tot een minimum kan terugbrengen. Als men door de kwaal toch moet verzuimen, dan geeft dit geen conflicten met een controlerende instantie. Het gebruikspatroon is regelmatig, meer in overeenstemming met het voorschrift en bij pijn of last is sprake van verhoging van de gehanteerde dosering. De behoefte om de positie in de samenleving te behouden is bij deze respondenten groot. Het tweede patroon wordt gekenmerkt door gebruik zoveel als nodig is voor het kunnen blijven functioneren. Het geneesmiddel is daarbij onmisbaar of noodzakelijk.

Het eerste gebruikspatroon komt naar voren in de gegevens van tien mannen uit de lagere sociale laag. Deze groep bestaat uit vier WAO-ers, twee langdurig werklozen, twee mannen gewikkeld in een ziekteverzuimconflict (de kwaal moet met rust genezen vindt de respondent, verzekeringsgeneeskundige vindt dat er met het geneesmiddel doorgewerkt kan worden), een man die minder zwaar werk kreeg maar nu in Vut-regeling valt en een man nog bezig met de procedure tot werkbeëindiging. In deze gegevens speelt het werk als oorzaak van hun kwaal een grote rol of heeft dat gespeeld (ploegendienst, lichamelijk zwaar werk als bukken of knielen). In deze kringen overheerst het idee dat rustig aan doen, rust nemen voor een kwaal het allerbeste is. Men brengt naar voren dat een geneesmiddel het probleem toedekt. De kwaal combineren met werk vindt men voor het lichaam (te) belastend. Zij die om die reden uit het arbeidsproces zijn getreden, zien ook nu nog het werk als de schuldige. Voor hun welbevinden blijft het geneesmiddel nodig, eveneens voor hen die het nu rustig aan doen, omdat er iets van pijn en last blijft. Verzekeringsgeneeskundigen kunnen dan wel van mening zijn dat bedrust een achterhaalde behandeling is, maar volgens deze respondenten wordt dit gezegd, omdat ziekteverzuim geld kost.

In de middenlaag is één man die tot het eerste gebruikspatroon kan worden gerekend. Zijn kwaal komt door zijn werk, spanningen, reorganisatie en te zware belasting. Hij gelooft meer in rust om een uitweg in het arbeidsconflict te zoeken. Voorlopig wordt die claim op rust door de controlerende instantie wel gehonoreerd. Hij ondervindt begrip voor zijn moeilijke positie. Vanuit de visie van deze mannen is een zo gering mogelijk gebruik en alleen bij pijn of last rationeel. Het geneesmiddel wordt immers niet beschouwd als de echte oplossing.

Het tweede gebruikspatroon komt bij vijftien van de zestien mannen uit de midden en hogere sociale laag voor en bij zes mannen uit de lagere sociale laag. Wat deze laatsten betreft valt op dat zij hun werk meer beschrijven in termen van eigen baas, niet gemist kunnen worden. Het werk zelf wordt ook als druk en onregelmatig ervaren (chauffeurs), maar het geneesmiddel helpt om te kunnen blijven functioneren. Als dit zo nu en dan minder lukt, nemen zij meer tabletten in. De respondenten uit de midden en hogere sociale lagen beschrijven hun werk als zelfstandig, interessant, verantwoordelijk en dergelijke. In hun beschrijvingen komt naar voren hoe belangrijk en effectief zij dit geneesmiddel vinden om hun positie te behouden. Zij zien wel een relatie van hun kwaal met hun werk, maar geven aan dat aan het werk niet veel te veranderen is. Dit geldt ook voor hen die mede dankzij dit middel toch hebben kunnen blijven functioneren tot zij de Vut-leeftijd hebben bereikt. Zij spreken met voldoening hierover. Ook twee chronisch zieke respondenten uit deze sociale lagen kunnen tot het tweede gebruikspatroon worden gerekend. In hun kringen wordt de nadruk gelegd op het zo

mogelijk blijven functioneren, op het zoveel mogelijk trachten hun positie te behouden. In het tweede gebruikspatroon is een betrekkelijk regelmatig gebruik met zo nodig verhoging van de dosering, vanuit hun visie rationeel vanwege het belang van het behouden van hun positie.

Beschouwing

Er is sprake van twee gebruikspatronen. Het tot stand komen van die patronen bij de mannen in genoemde leeftijdscategorie blijkt meer verbonden met hun visie op hun werk en hun sociale positie dan het doseringsvoorschrift en het overleg met medici. Het onderzoek was erop gericht het aandeel van de gebruikers in het tot stand komen van een veronderstelde (stilzwijgende) overeenkomst tussen gebruikers en hun voorschrijvers te belichten vanuit het gezichtspunt van de gebruikers. Dit zou wellicht begrijpelijk kunnen maken hoe de indicatieverruiming en daarmee de hoge voorschrijfcijfers tot stand komen in de contacten tussen gebruikers en voorschrijvers. In de interviews blijken gegevens voorhanden die wijzen op een verruiming die verder gaat dan alleen gezondheidszorgoverwegingen.³

Opvattingen van gebruikers over de kwaal en over de mogelijkheden van medische bemoeienis beïnvloeden maar voor een deel het gebruik van de onderzochte geneesmiddelen. Opvattingen over de mogelijkheden tot het maatschappelijk functioneren blijken belangrijker en nemen zelfs in belangrijkheid toe, naarmate het gebruik van het geneesmiddel langer duurt.

In beide patronen blijft men het geneesmiddel gebruiken, maar op een andere manier. Het eerste patroon komt ongeacht de leeftijd meer voor bij mannen uit lagere sociale lagen. Zij zien in het werk de oorzaak van hun kwaal. Daarom beschouwen zij het geneesmiddel wel als nodig, maar niet als de echte oplossing. Vanuit een dergelijke visie is hun beperkte geneesmiddelgebruik, namelijk 'onder voorbehoud' rationeel.

Het tweede patroon komt ongeacht de leeftijd vooral voor bij mannen uit midden of hogere sociale lagen en slechts bij enkelen uit de lagere sociale laag die hun werk als belangrijk ervaren. Het gaat in dit patroon om een regelmatig gebruik met verhoging van de dosering als men er niet voldoende in slaagt de last of pijn onder controle te krijgen. Omdat dezen het middel als effectief zien om hun positie te behouden, is een dergelijk gebruik 'zonder voorbehoud' vanuit hun visie rationeel.⁴ Een dergelijke rationaliteit wordt gevormd in eigen kring, in de eigen situatie en in mindere mate in contacten met medici. Die contacten zijn overigens minimaal, omdat het bij dit geneesmiddel bij bijna alle mannen om herhaalrecepten gaat.⁵ De twee gebruikspatronen van cimetidine en ranitidine zijn derhalve in grote lijnen te kenschetsen als een lekenaanlegenschap.

Beide categorieën tonen verschillen in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De eerste categorie komt tot hogere, de tweede tot lagere cijfers. De eersten lijken minder belang te hebben hun positie als werkende te behouden of hebben die positie niet meer. De anderen lijken er belang bij te hebben hun positie te behouden: het verlies daarvan wordt door hen als een degradatie ervaren. In beide categorieën wordt een ongewenste situatie zoveel mogelijk vermeden.

Het onderzoek naar dit geneesmiddelgebruik laat twee verschillende betekenissen en bijbehorend gebruikspatronen zien. Die patronen zijn gerelateerd aan het maatschappelijk functioneren en zijn maar zeer ten dele terug te voeren op het medisch gebeuren. Uiteindelijk vinden dergelijke patronen ook hun weerslag in ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidscijfers. Deze statistieken verwijzen veelvuldig naar sociaal-economische verschillen, met hogere cijfers voor lagere sociale lagen voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (WRR 1987).

Het geneesmiddelgebruik in beide categorieën kan door voorschrijvers irrationeel worden beschouwd als blijkt dat het voorschrift minder in de afweging van de gebruiker wordt betrokken dan verwacht. In wetenschappelijke kringen daarentegen is men van mening dat er vaak sprake is van irrationeel voorschrijven. Beide groepen critici vragen zich af waarom geneesmiddelen niet worden gebruikt zoals het hoort. In deze bijdrage heb ik aandacht geschonken aan de culturele opvattingen over de klacht en over het werk die inzicht geven in de ontwikkeling van een tweetal voor gebruikers rationele gebruikspatronen. Er is sprake van verschillende rationaliteiten. De rationaliteit van de gebruikers is een onmisbaar onderdeel in de verklaring van het geneesmiddelengebruik.

Noten

De auteur is – in deeltijd – werkzaam aan het Sociologisch Instituut van de Universiteit van Amsterdam. Haar recente onderzoek en publikaties hebben betrekking op sociaalculturele aspecten van geneesmiddelengebruik vanuit een lekenperspectief.

- 1 Sinds de WHO in 1977 het rapport 'The selection of essential drugs' heeft uitgebracht is in verscheidene ontwikkelingslanden onderzoek verricht naar geneesmiddelengebruik, veelal als 'action research' zoals in het proefschrift van A. Hardon.

De WHO-lijst van essentiële geneesmiddelen is mede opgesteld om de gezondheidszorgbeleidsmakers in die landen een houvast te geven bij het verwerven en verstrekken van geneesmiddelen. Het idee lijkt aantrekkelijk maar blijkt in de praktijk uitermate moeizaam uit te voeren en tot meer problemen te leiden dan was voorzien (Bennet 1989). Het verstrekken en het innemen van geneesmiddelen heeft meer betekenissen dan enkel uit de substantie valt op te maken (Van der Geest & Whyte 1988).

- 2 Het onderzoek is een gezamenlijk project van J.J.W. Meurs, apotheker en P.M. Verbeek-Heida. Het project is mede tot stand gekomen dankzij een financiële bijdrage van Smith, Kline en French Nederland.
- 3 Dit onderzoek houdt zich niet bezig met de rationaliteit van het voorschrijven. Het bestuderen van de vakliteratuur laat zien dat de deskundigen het nog niet eens zijn over richtlijnen ten aanzien van het rationeel voorschrijven van deze geneesmiddelen. In de medisch-farmaceutische verhandelingen wordt de termijn van verantwoord gebruik steeds langer, maar opvattingen hierover lopen uiteen (Freston 1989). Mede hierdoor is moeilijk tot een rationeel voorschrijven te komen. Los daarvan komen in dit onderzoek routines voor waarin de respondenten zelf nog geen 'einde' aan het geneesmiddelengebruik zien of mogelijk in de heel verre toekomst. Aangezien het rationeel gebruik van de middelen cimetidine en ranitidine in het lekenperspectief geen termijnsbegrenzing heeft, ligt het voor de hand dat schattingen van gebruikscijfers op grond van morbiditeit, kortere termijnen en nauwkeurig verantwoord indicaties lager uitvallen dan de feitelijke cijfers.
- 4 Wat rationeel is in een bepaalde context hoeft, dat nog niet vanuit een ander gezichtspunt te zijn. Een

kritisch wetenschapper is verplicht na te gaan of de bevindingen van zijn onderzoek zich tegen de betrokkenen kunnen keren (persoonlijk commentaar van A. Richters). De bevindingen in dit onderzoek kunnen zich naar mijn mening niet tegen de betrokkenen keren omdat de verhoudingen tussen werknemers en controlerende instanties meer door democratisering dan door disciplinerende bepaald worden (c.f. Stokvis 1982). In dit onderzoek blijkt dat mannen uit de lagere sociale laag meer verskil van mening hebben met de controlerende instanties over de oplossing van de kwaal dan mannen uit hogere sociale lagen. Duidelijk is dat werkzaamheden die lichamelijk zwaar zijn en laag in aanzien staan bij klachten tot andere strategieën leiden dan werkzaamheden die voldoening geven.

- 5 De helft van de respondenten heeft tijdens een consult dit herhaalrecept gekregen, de andere helft heeft het herhaalrecept op verzoek in de praktijk gehaald. In beide gevallen heeft zich een bepaalde routine ontwikkeld. In de groep respondenten met een consult is ook sprake van een routine; het herhaalrecept wordt door de dokter gegeven. Er wordt niet meer over de klachten gesproken.

Bijlage 1

Enkele voorbeelden van het 'onder voorbehoud' gebruikspatroon

Langdurig werkloze, alleenstaand, is van beroep metselaar, maar dat wil hij niet meer doen omdat dat vak slecht is voor zijn gezondheid, heeft conflict met het arbeidsbureau. Sinds een paar jaar maagklachten, volgens hem van dat zware werk. Hij wil liever geen medicijnen, maar moet wel wat. Het helpt niet veel, maar het is beter dan niets. Hij gebruikt het geneesmiddel eigenlijk alleen bij pijn.

Gehuwde ploegendienstwerker. Wijt zijn maagklachten aan zijn werk, maar de controle artsen delen zijn mening niet. Hij is van mening dat zijn nu al vijf jaar durende klachten met het geneesmiddel niet overgaan. Het moet met rust, maar daar "willen ze niet aan." Hij moet het middel maar van ze gebruiken, want dan kan hij doorwerken. Hij werkt tegen zijn zin; het middel helpt niet echt. Hij houdt klachten. Als het te erg wordt, moet hij zich wel weer ziek melden.

Gescheiden ex-ploegendienstwerker. Wegens maagklachten sinds een jaar in de WAO. Vroeger in de confectie gewerkt, bedrijf tien jaar geleden failliet, moest toen wel genoeg nemen met ploegendienst er was geen werk meer in zijn branche, heeft het nooit kunnen accepteren. Gebruikt het middel nu vier tot vijf jaar, helpt alleen als hij zich rustig houdt, lukt niet altijd, neemt in naar behoefte.

Lasser, gehuwd, sinds een jaar maagzuur, waar hij het geneesmiddel voor heeft. Hij is nu wel weer op zijn werk, maar dat kan eigenlijk niet meer, want zijn klachten komen van het bukken. Hij heeft daar nu wel medicijnen voor, hij moet slikken om van die last af te komen, terwijl het toch van zijn werk komt. Het werk moet veranderen. Hij weet nog niet of hij al in de Vut kan of dat hij afgekeurd wordt.

Bijlage 2

Enkel voorbeelden van het 'zonder voorbehoud' gebruikspatroon

Gehuwde laborant, al jarenlang maagklachten, gebruikt het geneesmiddel nu ruim een jaar. Hij kan wel gewoon werken. Hij kan bovendien niet gemist worden. Hij is bevoorrecht, vindt hij zelf, hij werkt in het ziekenhuis en begrijpt wat er precies met zijn maag aan de hand is. Hij is blij dat hij vorig jaar zich weer heeft laten onderzoeken. Hij gebruikt het middel regelmatig en weet dat de specialisten waar hij mee werkt erg tevreden zijn over de resultaten.

Gehuwde leraar met gezin. Zijn werk is nu eenmaal een en al spanning, niet veel aan te doen, bij hem werkt dat op zijn maag. Gelukkig dat het middel zo goed helpt, kan gewoon doorwerken. Hij neemt het middel volgens voorschrift in.

Administratief hoofd medische dienst, gehuwd, sinds kort gebruik gemaakt van de Vut. Heeft in verleden altijd getobd met zijn maag. Hij zag niet veel nut in medische bemoeienis. Spanningen geven hem maagpijn. Heeft altijd wel rekening met maag gehouden door bepaald eten te vermijden. Twee jaar terug werd de pijn onhoudbaar. Hij heeft toen zelf op maagfoto aangedrongen, maar daar was niet veel op te zien. Huisarts dacht ook aan spanning. De dienst moest reorganiseren. Huisarts schreef dit middel voor en dat hielp geweldig. Alles ging goed: hij kon weer alles eten. Als hij weer een geneesmiddel nodig heeft, belt hij voor een herhalingsrecept. Eigenlijk vindt de huisarts dat hij nu eens moet proberen hoe het gaat zonder, maar daar voelt hij niets voor. Hij neemt nu elke dag een half tablet en bij last wat extra. Het gaat nu zo goed, misschien zou hij wel zonder geneesmiddel kunnen maar dan kan hij weer niet alles eten.

Administrateur, gehuwd, al 35 jaar maagklachten. Verscheidene ouderwetse medicijnen gehad, niets hielp echt. Nu zes jaar dit middel. Hij had er al van gehoord hoe goed dit geneesmiddel was. Na die eerste keer dat hij dit kreeg voorgeschreven regelt hij verder zijn medicijn telefonisch. Het heeft geen nut elke keer daarvoor naar de dokter te gaan. De situatie is, dat hij zelf ook wel weet dat spanningen op zijn werk hem maagklachten geven.

Dankzij dit middel is zijn situatie nu veel leefbaarder. Het middel helpt goed, hij neemt gewoonlijk in ieder geval een tablet per dag, bij pijn neemt hij meer.

Vrachtwagenchauffeur, gehuwd met kleine kinderen. Hij heeft al jaren maagklachten, hij weet ook wel dat het komt van zijn onregelmatig werk. Hij heeft dit geneesmiddel nu vier jaar en hij zou niet zonder kunnen. Hij heeft zelf ontdekt dat het nog beter met hem gaat nu hij twee tabletten per dag tegelijk inneemt en "niks geen twee maal daags" zoals is voorgeschreven. Hij vermeldt dat zijn vrouw angstig is omdat hij zo lang achter elkaar geneesmiddelen inneemt, maar hij zou niet weten waarom dit nou weer eng is. "Met gezeur schiet je niks op."

Literatuur

- Balint, M.
1979 *Treatment or diagnosis. Repeat prescriptions in general practice*. London: Tavistock.
- Bennet, F.J.
1989 The dilemma of essential drugs in primary health care. *Social Science & Medicine*, 28:1085-1090.
- Conrad, P.
1985 The meaning of medications. *Social Science & Medicine*, 24:29-37.
- Freston, J.W.
1989 H2-receptor antagonist en recidiefvorming. *TGO Tijdschrift voor Therapie, Geneesmiddelen en Onderzoek*, 14:193-198.
- Geest, S. van der & S.R. Whyte
1988 Medicines in context. In: S. v.d. Geest and S.R. Whyte (eds), *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer, pp. 3-11.
- Haaijer, F.M.
1984 *Het voorschrijfgedrag van de huisarts*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Haaijer, F.M. et al.
1983 The use of cimetidine. *European Journal of Clinical Pharmacology* 21:601-7.
- Hardon, A.P.
1987 The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: doctors' prescriptions and self medication. *Social Science & Medicine* 25:277-92.
- Helman, C.G.
1978 'Feed a cold, starve a fever': folk models of infection in an English suburban community, and their relations to medical treatment. *Culture, Medicine & Psychiatry* 2:107-37.
- Macintyre, S.
1986 The patterning of health by social position in contemporary Britain. *Social Science & Medicine* 23:393-415.
- Maso, I.
1986 *Kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.
- Sixma, H. e.a.
1983 Een beroepsprestigeschaal voor de jaren tachtig. *Mens & Maatschappij* 58:360-82.
- Stimson
1974 Obeying doctors' orders, a view from the other side. *Social Science & Medicine* 8:97-104.
- Stokvis, R.
1982 Ziekteverzuim, disciplineren en democratisering. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 8:661-67.
- Svarstad, B.L.
1981 The sociology of drugs. In A.J. Wertheimer and M.C. Smith (eds), *Pharmacy, practice, social and behavioral aspects*. Baltimore: University Park Press, pp. 261-77.
- WHO
1977 *The selection of essential drugs*. Geneva: WHO.
- WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid)
1987 *De ongelijke verdeling van gezondheid: voorstudies en achtergronden*. 's Gravenhage: Staatsdrukkerij en Uitgeverij.