

De balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid

Evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen en de rol van drogist en apotheek bij de verstrekking

L. van Dijk (NIVEL)

M. van der Maat (NIVEL)

R. Salimans (Salimans Consultancy)

M. Bouvy (SIR)

ISBN 97-8946-1220-363

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

_Toc273560843

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.1.1 Verkoopkanalen van zelfzorggeneesmiddelen	11
1.1.2 Indeling van zelfzorggeneesmiddelen	12
1.1.3 Gebruik en veiligheid	13
1.1.4 Rol drogist en apotheker	14
1.2 Onderzoeksvragen	15
1.3 Leeswijzer	16
2 Overzicht van de ontwikkelingen in regelgeving	17
2.1 De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening	17
2.2 Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, december 1998	17
2.3 Brief minister Borst aan de Tweede Kamer in 2000 en advies CBG	18
2.4 Afschaffing van de toonbankverplichting in 2002	19
2.5 Ontwikkelingen tot aan de introductie van de Geneesmiddelenwet in 2007	21
3 Methode	23
3.1 Registratiegegevens	23
3.1.1 Gebruik van zelfzorggeneesmiddelen	23
3.1.2 Veiligheid	25
3.2 Interviews met stakeholders	25
3.3 Consumentenpanel Gezondheidszorg	26
4 Resultaten: Gebruik en veiligheid	29
4.1 Gebruik van zelfzorggeneesmiddelen 2002-2010	29
4.1.1 Gegevens van Nielsen	29
4.1.2 Gegevens uit andere bronnen	32
4.1.3 Conclusies over de omzet van zelfzorgmiddelen	333
4.2 Prijzen van zelfzorgmiddelen	333
4.3 Veiligheid van zelfzorgmiddelen	344
4.3.1 Letsel Informatie Systeem (LIS)	35
4.3.2 Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC)	36
4.4 Relatie verkoop en veiligheid	38
5 Resultaten: Interviews met stakeholders	39
5.1 Idee achter de wetswijziging in 2007	39
5.2 Herziening indeling zelfzorggeneesmiddelen	40
5.2.1 Het principe achter de indeling van zelfzorggeneesmiddelen	40
5.2.2 Uitwerking in de praktijk en hantering van de criteria voor indeling	40
5.2.3 Rol CBG en procedures	43
5.2.4 Gevolgen voor gebruik en veiligheid	45
5.2.5 Kennis van consumenten	46
5.3 Rol drogisterij	48
5.3.1 Invulling van de rol zoals geformuleerd in de Geneesmiddelenwet	48
5.3.2 Kwaliteit i.h.b. certificering	49
5.3.3 Controle en toezicht	51
5.4 Rol apotheek	52
5.5 Afschaffing toonbankverplichting	54

6	Resultaten: Consumentenpanel.....	57
6.1	Gebruik en plaats van aanschaf zelfzorggeneesmiddelen	57
6.2	Aankoop en informatie bij laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel	59
6.3	Combineren van zelfzorg- en receptgeneesmiddelen	63
6.4	Oordeel over verkrijgbaarheid en verkooppunten	65
7.	Conclusies.....	71
7.1	Visie op de nieuwe indeling van zelfzorggeneesmiddelen	71
7.2	Veranderingen op het gebied van (veilig) gebruik	72
7.3	Rol drogist	75
7.4	Invulling rol apotheek	78
7.5	Toonbankverplichting	79
7.6	Beschouwing : de balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid	80
7.7	Aanbevelingen	83
	Referenties	85
	Lijst met afkortingen	87
Bijlage 1:	Lijst met AV-middelen.....	89
Bijlage 2:	Topiclijst interviews	93
Bijlage 3:	Vragenlijst Consumentenpanel.....	97
Bijlage 4:	Uitgebreide omzet- en prijsgegevens Nielsen	107
Bijlage 5:	Overzicht Letsel Informatie Systeem.....	121
Bijlage 6 :	Rapportage Letsel Informatie Systeem meldingen 2008.....	123

Voorwoord

De laatste jaren zijn er belangrijke veranderingen geweest in de wetgeving rondom zelfzorggeneesmiddelen, met name door de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet op 1 juli 2007. Bij deze inwerkingtreding is middels een door het Tweede Kamerlid Van der Veen ingediende motie bepaald dat binnen drie jaar een evaluatie gehouden moest worden om de nieuwe indeling van de zelfzorggeneesmiddelen te evalueren alsmede de meerwaarde van de drogist in de voorziening van zelfzorggeneesmiddelen. Dit rapport beschrijft deze evaluatie. Het onderzoek is uitgevoerd op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), directie Geneesmiddelen en Medische Technologie (GMT). Het onderzoek is uitgevoerd in de periode mei-september 2010.

Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg in samenwerking met SIR, institute for pharmacy practice and policy. Voor de analyses van de cijfers in hoofdstuk 4 is ondersteuning verleend door Salimans Consultancy BV. De volgende partijen hebben gegevens geleverd voor dit onderzoek: the Nielsen Company, het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum, het Letsel Informatie Systeem (van Consument en Veiligheid), IMS Health en het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Daarnaast hebben vertegenwoordigers van de volgende veldpartijen een waardevolle bijdrage geleverd aan het onderzoek middels een interview: het Centraal Bureau Drogisterijen, Centraal Bureau Levensmiddelenhandel, College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Consumentenbond, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie, Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie en Neprofarm.

Utrecht, 30 september 2010

Samenvatting

Dit onderzoek evalueert de herziene indeling van zelfzorggeneesmiddelen. Deze werd van kracht bij de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet op 1 juli 2007. De evaluatie besteedt eveneens aandacht aan de rol die drogist en apotheker vervullen in de voorziening van zelfzorggeneesmiddelen: voldoen zij aan de eisen die de Geneesmiddelenwet aan hen stelt als het gaat om informatievoorziening? Ook is de visie van verschillende veldpartijen op de veranderingen in de indeling van zelfzorggeneesmiddelen in kaart gebracht. Tot slot besteedt het onderzoek aandacht aan de afschaffing van de toonbankverplichting in 2002.

Visie op de nieuwe indeling van zelfzorggeneesmiddelen

Het principe van een indeling van zelfzorggeneesmiddelen in drie groepen (Algemene Verkrijgbaar, Uitsluitend Apotheek Drogist en Uitsluitend Apotheek) wordt breed gedragen. De uitwerking ervan in de praktijk is echter wel aan kritiek onderhevig. Een aantal partijen heeft problemen met de manier waarop het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen de criteria voor de indeling van zelfzorggeneesmiddelen hanteert. Tegen de beslissingen van het College zijn de afgelopen jaren verschillende juridische procedures aangespannen. Deze richten zich op interpretatie van de criteria. Echter, het is duidelijk dat er progressie is geboekt in deze. Er zijn aanpassingen geweest die het systeem transparanter hebben gemaakt. De motiveringsplicht voor het CBG is in deze belangrijk, ook als het gaat om het criterium *verwaarloosbaar risico*. Door de rechtszaken zijn middelen soms in een andere categorie ingedeeld, maar het systeem op zich is tot aan de Raad van State overeind gebleven.

Veranderingen op het gebied van (veilig) gebruik sinds de invoering van de Geneesmiddelenwet

De herziene indeling van de nieuwe Geneesmiddelenwet heeft geleid tot een groei in het gebruik van een aantal belangrijke groepen zelfzorggeneesmiddelen, zoals paracetamol. Deze groei komt vooral voort uit een groei van de verkoop in supermarkten. In absolute aantallen blijven de verkopen via drogistrijen nog altijd het belangrijkste. Het aantal meldingen van vergiftigingen met zelfzorggeneesmiddelen is tussen 1999 en 2008 gestegen. De meeste meldingen hebben betrekking op pijnstillers, met name paracetamol en ibuprofen. Het is niet zeker dat er een directe relatie is tussen de sterke stijging van de verkoop van paracetamol in supermarkten en de stijging van het aantal vergiftigingen en meldingen van blootstellingen aan paracetamol. De stijging van het aantal meldingen van paracetamolvergiftigingen zette zich namelijk reeds in voor de periode dat paracetamol via algemene verkoop beschikbaar kwam in supermarkten.

Rol drogist

Binnen de drogistrijsector is grote aandacht voor normontwikkeling in de vorm van certificering en protocol- en richtlijnontwikkeling. Het bewustzijn over het belang van goede begeleiding bij het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen is toegenomen en het draagvlak voor certificering is groot. De certificeringsgraad onder drogistrijen is verder gestegen na 2007. De implementatie van de kwaliteitseisen blijft volgens veldpartijen

achter. Uit de consumentenpeiling blijkt dat drogisten consumenten weinig over mogelijke te verwachten effecten en mogelijke risico's van zelfzorggeneesmiddelen informeren. De nadruk ligt op informatie over gebruik en werking. Een meerderheid van de consumenten die geen informatie krijgt, heeft hier ook geen behoefte aan mede omdat zij vinden dat ze zelf verantwoorde keuzes kunnen maken. Het Centraal Bureau Drogisterijen (CBD) vervult een belangrijke rol in het toezicht op drogisten. Indien bij audits blijkt dat drogisterijen niet aan de certificeringseisen voldoen wordt hun certificaat ingetrokken. Het CBD wenst een actievere rol vanuit de overheid in deze en pleit daarnaast voor verantwoord mystery guest onderzoek

Rol apotheek

Veldpartijen en consumenten zien de apotheker als de meest deskundige en betrouwbare informatiebron op het terrein van zelfzorggeneesmiddelen. Veldpartijen vinden dat de apotheker in de praktijk beter invulling kan geven aan de rol als zorgverlener als het gaat om zelfzorggeneesmiddelen en om medicatiebewaking. Ook zou de apotheker een grotere rol kunnen spelen in de verstrekking van UA-middelen en hierbij taken van de huisarts kunnen overnemen. Het toezicht op de sector zou versterkt kunnen worden. De KNMP pleit voor verantwoord mystery guest onderzoek.

Toonbankverplichting

In 2002 werd de toonbankverplichting afgeschaft. Sindsdien mogen zelfzorggeneesmiddelen ook in schappen voor de toonbank worden aangeboden. Momenteel liggen bij een aanzienlijk deel van de drogisten zelfzorggeneesmiddelen in de schappen. Ook bij een groeiend aantal apothekers is dat het geval. Er gaan stemmen op de toonbankverplichting weer in te voeren. In het veld is weinig draagvlak voor herintroductie van een algemene toonbankverplichting. In de eerste plaats ziet men geen aanwijzingen dat er grote gevolgen zijn van de afschaffing op gebruik en veiligheid. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat heldere cijfers hierover ontbreken. In de tweede plaats wordt verwezen naar de investeringen die drogisten en apothekers hebben gedaan om verkoop uit de schappen mogelijk te maken.

Beschouwing

De discussie rondom het verruimen van de verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen draait vooral om de balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid. Met de introductie van een driedeling binnen de groep zelfzorggeneesmiddelen streeft de Geneesmiddelenwet naar een goede balans tussen deze twee aspecten. De driedeling wordt in het veld breed gedragen. De indeling maakt een goede afweging tussen verkrijgbaarheid en veiligheid mogelijk. De uitwerking in de praktijk is in de periode 2007-2010 overigens niet altijd gemakkelijk geweest. Er is echter progressie geboekt in deze. Er zijn aanpassingen geweest die het systeem transparanter hebben gemaakt. Bovendien is de rol van het College en de invulling daarvan tot aan de Raad van State overeind gebleven. Er is, ondanks kritische kanttekeningen, over het algemeen vertrouwen dat het College de balans tussen veiligheid en verkrijgbaarheid zo zorgvuldig tracht op te maken.

De eerste onderzoeksvraag heeft betrekking op veranderingen op het veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Sinds 2007 is de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen duidelijk gestegen is, met name van middelen die via vrije verkoop beschikbaar zijn gekomen. Wat

betreft het veilig gebruik geldt dat er geen systeem is wat de gevolgen van het groeiend gebruik van zelfzorggeneesmiddelen voor de veiligheid duidelijk en volledig monitort. Duidelijk is dat de meeste meldingen zowel bij het LIS als bij het NVIC betrekking hebben op pijnstillers en op paracetamol in het bijzonder. Het is echter onbekend in hoeverre paracetamol aangeschaft in supermarkten of in grote verpakkingen bijdragen aan de toename van vergiftigingen. Wel duidelijk is dat de stijging van het aantal meldingen van paracetamol al langere tijd plaatsvindt. Deze verdient daarom aandacht.

De tweede onderzoeksvraag bedoelde vooral in kaart te brengen of herinvoering van de toonbankverplichting nodig is. Hier kunnen we kort over zijn. Veldpartijen zien geen reden hiertoe en er zijn geen concrete aanwijzingen dat een dergelijke herinvoering nodig is.

De twee laatste onderzoeksvragen richtten zich op de vraag hoe door drogisten, respectievelijk apotheken invulling geven aan het leveren van verantwoorde zorg, waarbij informatievoorziening een belangrijk element is. Om dit laatste te optimaliseren hebben zowel het CBD als de KNMP normen ontwikkeld in de vorm van richtlijnen, protocollen en certificering. Dit was overigens al ingezet voor 2007. In de dagelijkse praktijk zijn deze ontwikkelingen nog niet altijd doorgedrongen. Lang niet altijd krijgen consumenten informatie en wordt gevraagd of zij behoefte aan informatie hebben middels de zeker nuttige kassacheck. Consumenten hebben vaak geen behoefte aan informatie (en dan geldt de informatieplicht voor drogist en apotheken niet). De vraag is – zie eerder – of dit altijd terecht is. Het streven van het CBD om hun leden meer te stimuleren proactief consumenten te informeren bij risicovolle aankopen is dan ook toe te juichen. Daarnaast kan meer aandacht besteed worden aan bewustwording van consumenten bijvoorbeeld via publiekscampagnes, ICT-oplossingen maar ook goede mondelinge informatie. Aan de bevordering van verantwoorde zorg kan landelijk gedragen mystery guest onderzoek een bijdrage leveren. Wanneer drogisten en apotheken daar niet goed op scoren, kunnen bij ernstige gebreken in de voorlichting kunnen certificaten en/of vergunningen ingetrokken worden.

Aanbevelingen

Op basis van voorgaande constatering doen wij de volgende aanbevelingen¹:

1. De indeling van zelfzorggeneesmiddelen in drie categorieën en de uitvoering daarvan door het CBG kan gehandhaafd blijven.
2. Langlopend onderzoek naar de omvang, oorzaken en gevolgen van verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, met name van paracetamol is aan te bevelen.
3. Er moet meer aandacht komen voor bewustmaking van consumenten over het veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen.
4. Het bevorderen van goede informatievoorziening in drogist en apotheek is nodig. Hiertoe is landelijk gedragen mystery guest onderzoek gecombineerd met handhaving gewenst.
5. De toonbankverplichting hoeft niet opnieuw ingevoerd te worden.

¹ In hoofdstuk 7 worden deze aanbevelingen nader toegelicht

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waar geen recept van een arts voor nodig is en die consumenten zelf aanschaffen. Het zijn altijd geneesmiddelen die gedurende een aantal jaren in de medische praktijk zijn beproefd (www.neprofarm.nl). Ze zijn in principe veilig bij juist gebruik maar bij onjuist gebruik kunnen ongewenste negatieve effecten optreden (Van Dijk e.a. 2005). De meest gebruikte zelfzorggeneesmiddelen zijn pijnstillers, op afstand gevolgd door middelen tegen keelpijn en verkoudheid (Cardol 2004). De laatste jaren zijn er belangrijke veranderingen geweest in de wetgeving rondom zelfzorggeneesmiddelen, met name door de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet op 1 juli 2007. Bij deze inwerkingtreding is middels een door het Tweede Kamerlid Van der Veen ingediende motie bepaald dat binnen drie jaar een evaluatie gehouden moest worden om de nieuwe indeling van de zelfzorggeneesmiddelen te evalueren alsmede de meerwaarde van de drogist in de voorziening van zelfzorggeneesmiddelen. Dit rapport beschrijft deze evaluatie. Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is daarnaast ook aandacht besteed aan de afschaffing van de zogenaamde toonbankverplichting in 2002 en de rol van de apotheker.

1.1.1 Verkoopkanalen van zelfzorggeneesmiddelen

Totdat de Geneesmiddelenwet in werking trad, vielen alle zelfzorggeneesmiddelen in één categorie en mochten uitsluitend verkocht worden bij apotheken, drogisten en bij supermarkten met een drogisterijvergunning.² Tot 2002 lagen de zelfzorggeneesmiddelen daar verplicht achter de toonbank. De consument die een zelfzorggeneesmiddel wilde kopen, moest er om vragen en kreeg het vervolgens, al dan niet vergezeld van een advies, overhandigd. Sinds 2002 is deze zogenaamde toonbankverplichting vervallen en mogen de producten ook in de schappen liggen (Lelie-van der Zande 2002). Het idee hierachter was dat de consument zo zelf de verpakkingsinformatie van de beschikbare zelfzorggeneesmiddelen kan vergelijken, zelf een keuze kan maken en wellicht gerichter om een advies kan vragen. Een grotere verandering trad in werking op 1 juli 2007, de dag van de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet (Stb.2007, 93).³ Vanaf dat moment is een aantal zelfzorggeneesmiddelen vrij verkrijgbaar. Dit betekent dat deze middelen in beginsel overal verkocht mogen worden. In de praktijk zijn het vooral supermarkten die deze vrij verkrijgbare middelen verkopen. De verplichting dat er een drogisterijvergunning nodig was voor verkoop van zelfzorggeneesmiddelen in de supermarkt is

² Daarnaast konden zelfzorggeneesmiddelen ook verkocht worden op ruim 1000 andere verkooppunten (zoals kleine supermarkten, campingwinkels en benzinestations) waar geen drogist en/of apotheker in de buurt was

³ Alle verwijzingen naar de Geneesmiddelenwet zijn ontleend aan <http://wetten.overheid.nl/BWBR0021505/>, geraadpleegd 2 en 3 augustus 2010

vervallen. Overigens zijn lang niet alle zelfzorggeneesmiddelen vrij verkrijgbaar. De volgende paragraaf gaat hier nader op in.

1.1.2 Indeling van zelfzorggeneesmiddelen

De Geneesmiddelenwet (Stb.2007, 93) regelt de geneesmiddelenvoorziening, ook wat betreft zelfzorggeneesmiddelen. De artikelen 56-60 gaan over de indeling van geneesmiddelen. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) is bevoegd om geneesmiddelen in te delen. Er zijn momenteel vier categorieën. Een grote categorie is die van de Uitsluitend Recept (UR) geneesmiddelen. Deze middelen mogen uitsluitend door een in het BIG-register geregistreerde arts of tandarts worden voorgeschreven (art. 57, lid 2b), dan wel “in een krachtens artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen als algemeen onderscheidenlijk als psychiatrisch ziekenhuis aangewezen instelling” (art 57, lid 2a).

Daarnaast onderscheidt de Geneesmiddelenwet drie soorten zelfzorggeneesmiddelen (art. 56, art 58):

1. Uitsluitend apotheek (UA)
2. Uitsluitend apotheek en drogist (UAD)
3. Algemene verkoop (AV)

Artikel 58 specificeert de voorwaarden voor indeling in één van deze drie groepen (zie kader 1.1)

Kader 1.1 integrale tekst artikel 58 van de Geneesmiddelenwet

1. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen besluit tot indeling van een geneesmiddel als UA-geneesmiddel indien dit naar zijn oordeel uit een oogpunt van medicatiebewaking, voorlichting of begeleiding bij de terhandstelling noodzakelijk is.
2. Het College besluit tot indeling van een geneesmiddel als AV-geneesmiddel indien dit naar zijn oordeel uit een oogpunt van veilig gebruik verantwoord is, gelet op de werkzame stof, de dosering en de verpakkingsgrootte.
3. Het College besluit tot indeling van een geneesmiddel als UAD-geneesmiddel indien het niet voor indeling als UA-geneesmiddel of als AV-geneesmiddel in aanmerking komt.
4. Indien bij de verlening van een handelsvergunning door de Gemeenschap een geneesmiddel niet is ingedeeld als UR-geneesmiddel, bepaalt het College de indeling op de voet van het eerste, tweede en derde lid.
5. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld ter zake van de criteria aan de hand waarvan het College besluit tot indeling van een geneesmiddel als UA-geneesmiddel of als AV-geneesmiddel. Het ontwerp van de regeling wordt ten minste 4 weken voor de vaststelling overgelegd aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Terhandstelling van zelfzorggeneesmiddelen

De artikelen 61 en 62 van de Geneesmiddelenwet regelen de terhandstelling van (zelfzorg)geneesmiddelen.

Voor UA-middelen moet hierbij aan dezelfde voorwaarden worden voldaan als voor receptgeneesmiddelen. Artikel 61, lid 1 stelt dat UA-middelen uitsluitend ter hand gesteld mogen worden door:

1. apothekers die hun beroep in een apotheek uitoefenen;
2. huisartsen die in het bezit zijn van een benodigde vergunning;
3. daartoe bij ministeriële regeling aangewezen personen en instanties in de door de regeling bedoelde omstandigheden.

De hierboven genoemde personen en instanties mogen ook UAD-middelen ter hand stellen (artikel 62, lid 1). Daarnaast mogen ook drogisten dit doen. Hierbij wordt aan de drogisten wel de eis tot verantwoorde zorg opgelegd. Artikel 62, lid 2 stelt dat onder het aanbieden van verantwoorde zorg het volgende wordt verstaan dat:

- a) de terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid en onder toezicht van een drogist;
- b) degene aan wie een UAD-geneesmiddel ter hand wordt gesteld, op duidelijke wijze wordt ingelicht over hetgeen hij redelijkerwijze moet weten over de aard en het doel van het geneesmiddel en de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor zijn gezondheid, tenzij hij te kennen heeft gegeven daar geen behoefte aan te hebben;
- c) uitsluitend een drogist of een assistent-drogist de in onderdeel b bedoelde voorlichting mag geven, en
- d) in het verkooppunt voldoende drogisten en assistent-drogisten aanwezig zijn die klanten deze voorlichting kunnen geven.

AV-middelen mogen naast de hiervoor genoemde personen en instanties ter hand gesteld worden door “degenen die in de uitoefening van een bedrijf verkoopactiviteiten verrichten en daartoe zijn ingeschreven in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van de Handelsregisterwet 1996” (artikel 62, lid 3).

1.1.3 Gebruik en veiligheid

Niet iedereen staat achter de manier waarop de voorziening van zelfzorggeneesmiddelen geregeld is. Met name de vrije verkrijgbaarheid heeft stof doen opwaaien. Het idee van critici is dat het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen zal toenemen en dat hiermee de veiligheid in gevaar gebracht kan worden. Het gaat hierbij dan vooral om mogelijke gevolgen voor de veiligheid door verkeerd gebruik. Verkeerd gebruik is zeker niet altijd opzettelijk. Onwetendheid bij consumenten lijkt een belangrijke aanleiding te zijn (Van Dijk e.a. 2004). Het onveilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen kan schade toebrengen aan de gezondheid. Bekende voorbeelden zijn dat overdosering met paracetamol kan leiden tot leverfunctiestoornissen en dat NSAIDs - ook bij lagere doseringen - de kans op maagbloedingen doen toenemen (Van Dijk 2005). Onjuist gebruik van

zelfzorggeneesmiddelen kan ook economische schade opleveren in de zin van extra doktersbezoeken, ziekenhuisopnames en dergelijke (Pirmohammed 2004; Leendertse 2008). Er is ook veel discussie over welke middelen in welke categorie thuishoren. Het is aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen om dit te beoordelen. Echter, er zijn de afgelopen jaren diverse procedures tegen beslissingen van het College geweest. Veiligheid is altijd een belangrijk argument geweest om een beslissing van het CBG aan te vechten. Partijen beroepen zich hierbij op internationaal onderzoek (voor een overzicht zie bijvoorbeeld Van Dijk 2005). In Nederland zelf is weinig onderzoek gedaan naar de negatieve effecten van (oneigenlijk) gebruik van zelfzorggeneesmiddelen.

1.1.4 Rol drogist en apotheker

Tijdens de totstandkoming van de Geneesmiddelenwet is veel aandacht uitgegaan naar de rol van de drogist (zie ook hoofdstuk 2). Uiteindelijk zijn in de wet specifieke bepalingen opgenomen richting de drogist, waarbij het leveren van verantwoorde zorg belangrijk is. Ook voor apothekers is de bepaling opgenomen dat zij verantwoorde zorg moeten leveren bij het afleveren van UAD-middelen. We beschrijven drie elementen die belangrijk zijn rondom de invulling van de rol van drogisten en apothekers (zie ook Brinkman 2008).

Normontwikkeling

In de eerste plaats is normontwikkeling belangrijk. Hierbij is de vraag belangrijk wat de norm voor verantwoorde zorg is. In het proces van normontwikkeling wordt vastgesteld aan welke criteria verantwoorde zorg omtrent zelfzorggeneesmiddelen door drogisten en apothekers moet voldoen. Het enige wat de Geneesmiddelenwet in deze specificeert inzake verantwoorde zorg is: het informeren van de consument “over hetgeen hij redelijkerwijze moet weten over de aard en het doel van het geneesmiddel en de te verwachten gevolgen en risico’s daarvan voor zijn gezondheid, tenzij hij te kennen heeft gegeven daar geen behoefte aan te hebben”. In het veld moeten deze normen nadere invulling krijgen. Deze invulling gebeurt met name door het Centraal Bureau Drogisterijen en de KNMP.

Implementatie

Het tweede element is de implementatie van de normen. Allereerst moeten de normen onder de aandacht komen van relevante partijen, in dit geval drogisten en apothekers. Vervolgens moeten zij ook geaccepteerd worden door de beroepsbeoefenaren: staan deze achter de normen zoals geformuleerd door bijvoorbeeld beroepsverenigingen of koepels? Tot slot moeten de beroepsbeoefenaren de normen vertalen naar hun dagelijkse werkzaamheden. In dit onderzoek zullen we nagaan in hoeverre dat gebeurt.

Handhaving

Tot slot moeten er mechanismen zijn die het voor partijen noodzakelijk maken niet alleen bekend te zijn met de normen, maar deze ook na te leven. De Geneesmiddelenwet legt de verantwoordelijkheid voor het toezicht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

1.2 Onderzoeksvragen

Zoals eerder is aangegeven beschrijft dit rapport de evaluatie die middels de motie Van Veen in 2007 is verzocht. Het doel van dit evaluatieonderzoek is tweeledig. Het **eerste doel** is het inzicht bieden in de gevolgen die de verandering in de indeling van zelfzorg-geneesmiddelen (per 1 juli 2007) en de afschaffing van de toonbankverplichting (in 2002) hebben gehad voor verkoop en veiligheid.

Hierbij horen de volgende twee onderzoeksvragen:

1. Zijn er relevante veranderingen opgetreden op het gebied van *veilig* gebruik sinds de invoering van de AV-categorie bij zelfzorggeneesmiddelen?

Hiertoe wordt inzicht geboden in de volgende aspecten:

- de omzet van zelfzorggeneesmiddelen per categorie;
- de omvang van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen per categorie;
- ziekenhuisopnamen, vergiftigingen, meldingen spoedeisende hulp.

2. Zijn er volgens veldpartijen effecten op het medicijngebruik van UAD-middelen sinds de afschaffing van de toonbankverplichting in 2002? Zijn er omstandigheden die wijzen op de noodzaak van herinvoering van een toonbankverplichting?

Het **tweede doel** is inzicht te verwerven in de manier waarop drogist en apotheek invulling geven aan de rol die hen is toebedeeld door de wet, te weten het geven van kwalitatief goed advies over zelfzorggeneesmiddelen.

Hierbij worden de volgende vragen beantwoord:

3. Hoe wordt door de drogist in de praktijk invulling gegeven aan het leveren van verantwoorde zorg sinds de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet?
Subvragen hierbij zijn:
 - a. Vragen consumenten advies aan de drogist (als het gaat om UAD-middelen)? En wordt dit advies ook gegeven?
 - b. Geeft de drogist ongevraagd advies? Hoe beoordeelt de consument dit advies?
 - c. Hoe is de ervaren kwaliteit van de gegeven adviezen?
4. Hoe wordt door de apotheker in de praktijk invulling gegeven aan het leveren van verantwoorde zorg sinds de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet met name als het gaat om UA-geneesmiddelen? Subvragen hierbij zijn:
 - a. Maakt de apotheek zijn adviesfunctie waar met betrekking tot de UA-categorie van zelfzorggeneesmiddelen? Hoe kijken consumenten hier tegenaan?
 - b. Hoe geeft de apothekersbranche invulling aan zijn opdracht tot medicatiebewaking, voorlichting en begeleiding bij de terhandstelling van UA-middelen? Hoe kijken consumenten hier tegenaan?
 - c. Het UA-tarief op zelfzorggeneesmiddelen wordt niet vergoed. In hoeverre speelt dit mee bij de keuze van de consument om al dan niet een UA-middelen aan te schaffen?

Bij bovenstaande dient opgemerkt te worden dat er een verschil is tussen de drogist en de apotheker als het gaat om het leveren van verantwoorde zorg. Voor de drogist geldt dat deze geen zorgverlener is volgens de Wet BIG en de drogist heeft, anders dan de apotheker, geen plaats in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst. Verantwoorde zorg door de drogist verwijst daarom vooral naar het geven van relevante voorlichting.

1.3 Leeswijzer

Dit rapport start met een kort overzicht van de ontwikkelingen – rondom zelfzorggeneesmiddelen – in aanloop naar de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet. Hoofdstuk 3 beschrijft de methoden die in het onderzoek zijn gebruikt. De hoofdstukken 4 tot en met 6 geven de resultaten van het onderzoek weer. Hoofdstuk 4 richt zich op cijfermatig materiaal dat verzameld is over gebruik en veiligheid van zelfzorggeneesmiddelen. Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van de interviews met acht belangrijke partijen in het veld. Hoofdstuk 6 laat de mening van consumenten over informatie over en verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen zien. Hoofdstuk 7, tot slot, omvat de conclusies en aanbevelingen. We zullen in de hoofdstukken 4 tot en met 7 eerst ingaan op de wijzigingen in de Geneesmiddelenwet omdat dit onderwerp de hoofdmoot van dit onderzoek betreft. Daarna komt de toonbankverplichting aan de orde.

2 Overzicht van de ontwikkelingen in regelgeving

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen (vanuit het oogpunt van deze evaluatie) voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet. VWS heeft op het terrein van de zelfzorggeneesmiddelen de kanalisatie geliberaliseerd omdat men meende dat er vanuit de volksgezondheid geen argumenten waren die de monopoliepositie van –d rogist/apotheker – nog langer konden rechtvaardigen.

2.1 De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening

In 1958 trad Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) in werking. De wet regelde onder andere wie geneesmiddelen mochten voorschrijven en afleveren. In het kader van de zelfzorggeneesmiddelen was bepaald dat deze – naast voorschrijvers en apothekers – ook verstrekt mochten worden door “personen, aan wie ingevolge artikel 2 van het Vestigingsbesluit kleinhandel in drogisterijartikelen 1961 (Stb. 21) vergunning is verleend” (art 2.f.1, 1d a)”. Daarnaast kon een ontheffing worden verleend aan personen die geen drogisterijvergunning hadden. Dit was onder andere geregeld in een noodvoorziening in de wet. Deze noodvoorziening stelde dat indien er in een bepaalde gemeente geen drogist aanwezig was, willekeurige detailhandelaren een vergunning konden krijgen om een beperkt assortiment zelfzorggeneesmiddelen af te leveren (Kamerstuk: GMV 986108; 2008). Tot 1997 adviseerde de geneesmiddelcommissie de minister over de afleverstatus van geneesmiddel. Na een wetswijziging werd de indeling van de afleverstatus neergelegd bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Het college geeft tevens een vergunning af om een geneesmiddel via AV in de handel te brengen.

2.2 Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, december 1998

Eind 1998 stuurt de toenmalige minister van VWS, mevrouw Borst, een brief naar de Tweede Kamer waarin zij haar voornemens voor modernisering van de WOG uitlegt (GMV 986108; 2008). In de veertig jaar dat de WOG van kracht was, waren er veel ontwikkelingen op het terrein van geneesmiddelen geweest, die vroegen om een aanpassing van de wet. Dit was tot dan steeds gedaan middels zogenaamde uitvoeringsbesluiten. Hierdoor was de regelgeving complex en ontoegankelijk worden. Daarnaast was er een wens om de wetgeving aan te passen aan de maatschappelijk veranderingen. In de brief van 8 december 1998 doet Borst ook een aantal voorstellen om de geneesmiddelenvoorziening voor zelfzorggeneesmiddelen aan te passen. In de WOG was bijvoorbeeld slechts een tijdelijke mogelijkheid (middels vergunningen) voorzien voor gediplomeerde drogisten om zelfzorggeneesmiddelen af te mogen leveren. Borst stelt in 1998 voor om dit in de nieuwe wet te vervangen door een permanente bevoegdheid. Het vergunningenstelsel voor drogisten moet dan vervangen worden door

een plicht voor eigenaren van drogisterijen om hun bedrijf bij het ministerie van VWS aan te melden. De eigenaar zou verplicht worden zorg te dragen voor aflevering van zelfzorggeneesmiddelen door een gediplomeerd drogist dan wel door iemand die onder directe verantwoordelijkheid van de drogist werkte. Borst stelt daarbij voor om de noodvoorzieningen in plaatsen zonder drogist op te heffen, gezien het feit dat Nederland een dicht stelsel van apotheken en drogisten heeft. In diezelfde brief kondigt Borst een onderzoek aan, te houden door de Consumentenbond. Dit onderzoek moet inzicht geven in de aflevering van zelfzorggeneesmiddelen door drogisten en apotheken.

2.3 Brief minister Borst aan de Tweede Kamer in 2000 en advies CBG

In een brief van 31 augustus 2000 aan de Tweede Kamer (Brief VWS, 26801, nr 44) stelt minister Borst voor dat vrijwel alle zelfzorggeneesmiddelen in de vrije verkoop kunnen. Zij maakt een uitzondering voor die zelfzorggeneesmiddelen die het reactievermogen beïnvloeden en middelen die interactie hebben met andere middelen. De minister baseert zich hierbij op een advies (op haar verzoek) van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Een reden om dit advies te vragen was om relevante aspecten met betrekking tot zelfzorggeneesmiddelen nader te wegen. Een van deze aspecten was de mogelijkheid tot vrije verkoop van zelfzorggeneesmiddelen, waardoor deze bijvoorbeeld ook bij supermarkten te koop zouden zijn. De minister geeft aan dat dit: *“beter past bij het huidige maatschappijbeeld van de zelfstandige en kritische consument die zelf wil kiezen voor een bepaald geneesmiddel. Bovendien sluit dit aan bij het streven van dit kabinet naar concurrentie zowel op het gebied van dienstverlening en voorlichting als op het gebied van prijsstelling”*.

Het CBG wordt gevraagd te adviseren over de vraag of vrije verkoop zonder negatieve gevolgen voor de veiligheid mogelijk zou zijn in deze, hierbij rekening houdend met het Europese perspectief. In zijn advies van 29 februari 2000 komt het CBG met voornoemd advies: alle zelfzorggeneesmiddelen behoudens die welke interacties geven, kunnen in de vrije verkoop (Advies CBG, februari 2009).⁴ Het CBG acht de Europese ontwikkelingen in deze niet van belang omdat de concrete invulling van kanalisatie niet op Europees niveau plaatsvindt. Het CBG noemt wel een aantal randvoorwaarden voor de bredere beschikbaarheid:

- het hanteren van een leeftijdscriterium voor de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen;
- het gebruik maken van een gedegen vergunningen- of notificatiesysteem;
- het formuleren van flankerend beleid (in de brief van de minister wordt verwezen naar het starten van een gerichte publiekscampagne, welk advies zij niet overneemt);
- het in sommige gevallen aanpassen van de verpakkingsgrootte.

De minister geeft in haar brief aan dat partijen als de Consumentenbond en de KNMP de lijn van het advies onderschrijven. Dit geldt niet voor de drogisten, die haar in maart 2000 een position paper doen toekomen (Pharmacon, 2000). Pharmacon verzet zich tegen de

⁴ Te raadplegen via: <http://www.cbg-meb.nl/NR/rdonlyres/D5F9720E-CEB5-4951-848E-B2A0FA876A56/0/20000229zelfzorg.pdf>

conclusie dat zelfzorggeneesmiddelen vrij verkrijgbaar zouden moeten zijn. De organisatie verwijst hierbij naar andere Europese landen waar kanalisatie vrijwel altijd verloopt via apothekers. Pharmacon noemt de argumenten voor opheffing van de kanalisatie niet overtuigend en bekritiseert het CBG-advies. Het argument van marktwerking (i.e. prijsvoordeel voor de consument) bestaat volgens Pharmacon dan al, waarbij verwezen wordt naar de felle prijsconcurrentie tussen grote drogisterijketens. Ook is er geen tekort aan gediplomeerde drogisten, een ander punt dat voorstanders van vrije verkrijgbaarheid wel noemen. Zij wijzen ook op het veiligheidsaspect: bij verkeerd gebruik zijn zelfzorggeneesmiddelen risicovol. Goede voorlichting is derhalve nodig. Pharmacon concludeert daarom dat afbraak van het kanalisatiesysteem onverantwoord is vanuit het oogpunt van de volksgezondheid. De organisatie geeft daarnaast aan dat de branche zich in voorgaande jaren erg heeft ingespannen om te voldoen aan de door overheid en politiek gestelde kwaliteitseisen. Dit in ruil voor de toezegging van een herstel van de permanente bevoegdheid van de drogist tot aflevering van zelfzorggeneesmiddelen bij herziening van de WOG (zie hierboven). De organisatie vreest dat deze investeringen door de vrije verkoop minder rendement zullen opleveren. De minister geeft in haar brief van 31 augustus 2000 aan deze vrees niet te delen: *“de consument is zeer goed in staat om te bepalen bij wie hij ‘waar voor zijn geld’ krijgt”*. Zij verwijst hierbij naar andere bedrijfstakken en geeft aan dat de drogisten jarenlang een vertrouwensband met hun klanten hebben kunnen opbouwen. Zij ziet uit redenen van volksgezondheid geen argumenten om de positie van de drogist te beschermen en geeft aan dat het dan, in 2000, het aangewezen moment is om *“een nadere stap te zetten op het pad van een zekere liberalisering van de zelfzorgmarkt”*.

2.4 Afschaffing van de toonbankverplichting in 2002

Op 1 juli 2002 is de toonbankverplichting afgeschaft. Dat betekent dat zelfzorggeneesmiddelen vanaf dat moment niet meer achter de toonbank hoeven te liggen maar ook in de schappen voor de toonbank mogen worden aangeboden. Na de aankondiging van de maatregel op 7 februari 2001 komt vanuit het veld kritiek, met name vanuit de drogisten. Deze kritiek vat het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven samen in een brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS (21 april 2002), waarin het CBD haar tot uitstel van maatregel verzoekt. Belangrijke kritiekpunten zijn dat zelfselectie (het zelf kunnen kiezen uit de schappen) *zonder begeleidende maatregelen* een bijna identiek effect zal hebben als de vrije verkoop: een vergaande afbraak van de persoonlijke advisering in drogisterijen. Dit omdat de overhandiging over de toonbank een automatisch contactmoment creëert en daardoor ook een moment voor advisering

In opdracht van het CBD heeft het NIPO in 2001 onderzoek uitgevoerd naar de aanschaf van zelfzorggeneesmiddelen. In dat onderzoek geeft 77% van de mensen aan dat zelfzorggeneesmiddelen vanachter de toonbank verkocht moeten worden wanneer de persoonlijke advisering en bestaande veiligheidswaarborgen daardoor in het gedrang komen. In een reactie bekritiseert de KNMP het NIPO-onderzoek vanwege de vraagstelling en geeft aan dat eerder onderzoek van Neprofarm tot een tegengestelde

conclusie komt (Lelie-van der Zande 2002).⁵ Wel geeft Lelie-van der Zande aan dat deskundigen de mening van het CBD in grote lijnen onderschrijven. De KNMP heeft al in 2001 aangegeven dat zelfselectie van zelfzorgmiddelen “best kan, mits er voldoende gelegenheid is voor het geven van advies” (PW, 2001, nr 12).

Het CBD gaat in zijn brief aan de Vaste Kamercommissie ook in op de randvoorwaarden voor zelfselectie in Finland en Zweden. De reden hiervoor is dat deze twee landen gelden als voorbeeld voor zelfselectie. Voorstanders melden dat consumenten in deze twee landen zelfselectie waarderen.⁶ In beide landen blijkt er een (actieve) wettelijke voorlichtingsplicht te zijn alsmede de eis van aanwezigheid van voldoende deskundig personeel in het “zelfselectiegebied”. Het CBD pleit voor dergelijke maatregelen in Nederland en geeft aan dat hiertoe uitstel van de maatregel nodig. Echter, op 1 juli van dat jaar wordt de toonbankverplichting afgeschaft.

Er gaan stemmen op om de toonbankverplichting opnieuw in te voeren. Kort voor de introductie van de Geneesmiddelenwet op 1 juli 2007 neemt de Tweede Kamer de motie Schermer aan (<http://ikregeer.nl/document/kst-32196-4>). De motie verzoekt om UAD-middelen weer achter de toonbank te leggen. Veldpartijen hebben hierop destijds overwegend negatief gereageerd onder andere omdat verkooppunten geïnvesteerd hadden in aanpassingen. Ook de Raad van State adviseert negatief in deze (<http://ikregeer.nl/document/kst-32196-4>). De motivering van de Raad van State hierbij is dat wetgeving vanwege haar normerende en ordenende functie een bestendig karakter moet hebben waar burgers, organisaties, instellingen en bedrijven hun gedrag en beleid op af moeten kunnen stemmen. Frequentie wijzigingen van wetgeving doen hieraan afbreuk. Derhalve ziet de Raad niet de noodzaak om na zo’n korte tijd de toonbankverplichting voor UAD-middelen weer in te voeren. Dit ook omdat de voorgestelde wijziging niet voorzien is van een dragende motivering. De Raad constateert dat uit de toelichting bij de motie niet blijkt dat er veranderende omstandigheden zijn die nopen tot herinvoering van de toonbankverplichting. Ook vindt de Raad dat er geen aanwijzingen zijn voor onveilig gebruik van UAD-middelen en onvoldoende informatievoorziening als gevolg van afschaffing van de toonbankverplichting. De noodzaak van het opnieuw invoeren van de toonbankverplichting is daarmee, aldus de Raad, onduidelijk.

⁵ In de vraagstelling van dit onderzoek worden de voor- en nadelen van achter de toonbank verkopen genoemd, waarbij bij het nadeel sterk de nadruk ligt op verkeerd gebruik. Dit kan invloed hebben op de resultaten omdat de consument zo niet zelf de mogelijke voor- en nadelen bedenkt (eigen interpretatie NIVEL).

⁶ Dit wordt in het onderzoek door verschillende belanghebbenden en deskundigen gemeld, maar er is geen primaire bron voor deze opvattingen gevonden (opmerking NIVEL)

2.5 Ontwikkelingen tot aan de introductie van de Geneesmiddelenwet in 2007

Minister Borst kondigt in 2000 haar voornemen aan om vrije verkoop van zelfzorg-geneesmiddelen toe te staan. In 2005 publiceert minister Hoogervorst “de Nota van wijziging Geneesmiddelenwet” (Ministerie van VWS, 2005, GMT/G 2580068). Ook daarin staat nog overeind dat er een einde komt aan de kanalisatie van zelfzorg-geneesmiddelen, met uitzondering van een groep zelfzorggeneesmiddelen die uitsluitend via de apotheek te verkrijgen zijn: *“In de nieuwe situatie zijn er derhalve drie vormen van verkrijgbaarheid: receptgeneesmiddelen, die uitsluitend in een apotheek verkrijgbaar zijn (UR), zelfzorggeneesmiddelen die uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar zijn (UA) en zelfzorggeneesmiddelen die algemeen verkrijgbaar zijn”*. Leden van de Tweede Kamer stellen vragen naar aanleiding van deze nota, welke op 23 november 2005 door de minister beantwoord worden. Ook uit die antwoorden blijkt dat de minister van plan is de kanalisatie te laten vervallen en te blijven bij de indeling in zelfzorggeneesmiddelen in UA- en AV-middelen.

Op 6 maart 2006 komt echter een nieuwe *Nota van wijziging vaststelling nieuwe Geneesmiddelenwet*⁷ waarin de UAD-middelen worden geïntroduceerd. Al eerder zijn deze middelen in het amendement Buijs-Arib vermeld (Amendement Buijs-Arib, d.d. 16 februari 2006). Zij introduceren de UAD-categorie. Zij willen voorkomen dat apotheken ten onrechte een monopolie krijgen op de verkoop van een deel van de zelfzorg-geneesmiddelen, die tot dan toe ook door drogisten verkocht mogen worden. Daarbij geven zij aan dat: “de deskundigheid en bekwaamheid van drogisten met betrekking tot de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen door de wetgever is erkend in de huidige Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en herbevestigd in de startnotitie aan de Kamer in de aanloop naar de nieuwe Geneesmiddelenwet (TK 26 344, nr.1)”. Zij pleiten daarbij niet voor het volledig laten varen van de algemene verkoop van zelfzorggeneesmiddelen. Wel geven Buijs en Arib aan een zorgvuldig en verantwoord, daarmee ook meer terughoudend, beleid te willen voeren ten aanzien van het volledig vrijgeven van de verkoop van bepaalde zelfzorggeneesmiddelen. Daartoe formuleren zij een set criteria aan de hand waarvan wordt besloten een geneesmiddel als UAD-middel in te delen. Ook willen zij middels het amendement wettelijke waarborgen inbouwen voor de kwaliteit van de voorlichting over UAD-middelen ook voor drogisterijen. Daarom nemen zij in het amendement op dat levering van UAD-middelen gepaard moet gaan met verantwoorde zorg en dat elke klant die aangeeft behoefte te hebben aan informatie die ook krijgt. Hierbij mogen alleen (assistent-)drogisten adviseren over het gebruik van UAD-middelen.

In de *Nota van wijziging vaststelling nieuwe Geneesmiddelenwet* komt de nieuwe indeling zoals gezegd ook terug. In de toelichting hierop schrijft de toenmalige minister Hoogervorst dat hij zelf evenals zijn voorganger Borst, de overtuiging heeft dat het uit consumenten oogpunt gewenst en uit volksgezondheidsoogpunt verantwoord is om

⁷ Te raadplegen op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2006/03/06/nota-van-wijziging-vaststelling-nieuwe-geneesmiddelenwet.html>

zelfzorggeneesmiddelen algemeen verkrijgbaar te stellen. Hij baseert zich hierbij mede op het standpunt van het CBG alsmede op NIVEL-onderzoek (Van Dijk 2005) en meningen van veldpartijen dat zelfzorggeneesmiddelen – bij goed gebruik – veilig zijn. Ook vindt hij dat op basis van onderzoeken blijkt dat veel consumenten geen informatie nodig hebben, onder andere omdat aankopen vaak herhaalaankopen zijn. Echter, tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in februari 2005 proeft de minister bij de Kamer aarzeling om tot volledig vrije verkoop over te gaan. Hij heeft zich als gevolg daarvan beraad op een nieuw voorstel. De Minister heeft het CBG verzocht een lijst samen te stellen met zelfzorggeneesmiddelen waarvan *“het uit oogpunt van veilig gebruik verantwoord is, gelet op de werkzame stof, de dosering en de verpakkingsgrootte, dat deze algemeen verkrijgbaar zijn. Deze zelfzorggeneesmiddelen komen dan in de AV-categorie. De overige zelfzorggeneesmiddelen worden uitsluitend verstrekt door tussenkomst van apotheek of drogist (UAD)”*. In de *Nota van wijziging vaststelling nieuwe Geneesmiddelenwet* worden ook de indelingscriteria voor de drie groepen zelfzorggeneesmiddelen genoemd (AV, UAD, UA). Ook het voorstel van Buijs/Arib om de plicht tot verantwoorde zorg door de drogist vast te leggen in de wet komt uiteindelijk terug in de Geneesmiddelenwet terecht.

3 Methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn verschillende bronnen gebruikt:

1. Registratiegegevens van verschillende partijen (onder andere The Nielsen Company, Stichting Consument en Veiligheid, Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum);
1. Interviews met stakeholders;
2. Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Deze bronnen worden hieronder nader omschreven.

3.1 Registratiegegevens

Om zicht te krijgen op het veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen zijn zowel gegevens noodzakelijk over de omvang van het gebruik van zelfzorgmiddelen als over de gevolgen van onveilig gebruik. Deze gegevens zouden idealiter beschikbaar zijn over een lange periode om zowel een uitspraak te kunnen doen over de afschaffing van de toonbankverplichting in 2002 als de herziene indeling van zelfzorggeneesmiddelen in 2007. Hiertoe is in eerste instantie een inventarisatie gedaan van de beschikbare registraties. Per onderwerp zal worden aangegeven welke overwegingen hebben gespeeld om deze registraties wel of niet mee te nemen in het onderzoek.

3.1.1 *Gebruik van zelfzorggeneesmiddelen*

Er is behoefte aan objectieve en vergelijkbare informatie (onderling en in de tijd) over het gebruik van zelfzorgmiddelen in de afgelopen jaren. Een ideaal scenario zou zijn dat gegevens beschikbaar komen van één instantie die kwaliteit levert die boven iedere twijfel verheven is. Dit voor een zo lange periode dat de effecten na invoering van de wet kunnen worden vergeleken met een voldoende ruime periode daarvoor. Dit voor supermarkten, drogisterijen, apotheken en idealiter ook voor tankstations en andere bijzondere distributiepunten zoals campingwinkels die in het verleden zelfzorggeneesmiddelen mochten verkopen. Helaas is er geen enkel bureau dat alle gegevens op de geschetste wijze in kaart brengt. De belangrijkste potentiële leveranciers van gegevens wordt hieronder beschreven:

- Nielsen rapporteert over drogisterijen/parfumerieën en supermarkten, maar niet over apotheken.
- IMS rapporteert over drogisten, apotheken en supermarkten. Aangaande de supermarkten heeft IMS de discounters (Aldi, Lidl, Dirk van den Broek) niet in beeld.
- Zowel Nielsen als IMS brengen tankstations voor zelfzorg niet stelselmatig in kaart.
- SFK levert alleen gegevens van apotheken en heeft alleen beschikking over zelfzorgmiddelen waarvan het gebruik in de apotheek is vastgelegd in de gegevens van individuele patiënten

- De GIP-databank van het College voor Zorgverzekeringen heeft alleen gegevens van geneesmiddelen die bij zorgverzekeraars gedeclareerd zijn

Omdat in onderhavig onderzoek de nadruk lag op de verschuiving van de verkoop richting de supermarkt is gekozen voor Nielsen omdat deze een bredere dekking hebben van de verkoop in supermarkten als het gaat om discounters. Dit betekent wel dat in ons slechts beperkt gebruik gemaakt is van gegevens uit apotheken. De handverkoop in de apotheek is 15.4% van de verkoop van drogisten, supermarkten en apotheken samen. IMS geeft aan dat de apotheek 1.5% aandeel wint sinds begin 2008. Daarnaast vindt in de apotheek ook zelfzorgomzet via medicatiebewaking, kwitanties en voorschriften plaats (zoals bij het afslankproduct Alli). Dit noemt IMS wereldwijd de OTX verkoop. Het werkelijke omzetaandeel van de apotheek in de zelfzorgmarkt zoals IMS die registreert is dan 22%. Van alle zelfzorgbestedingen in Nederland bij apotheek, drogist en supermarkt loopt 22% via de apotheek.

Om te kunnen komen tot gedegen conclusies in het kader van deze evaluatie is primair de ontwikkeling van de groepen zelfzorgmiddelen bestudeerd, waarbij een of meerdere middelen op de meest recente AV-lijst 28 januari 2010 (zie bijlage 1) zijn opgenomen:

- Stoppen Met Roken producten (nicotine vervangingsprodukten)
- Algemene pijnstillers (met name Paracetamol versus Ibuprofen)
- Hoest/verkoudheidsmiddelen
- Spierwrijfmiddelen
- Lokale Antivirale middelen (koortslip)
- Middelen bij insectenbeten
- Hooikoortsmiddelen
- Rhinologica
- Diarree
- Griep
- Maagzuur
- Keelpijn

Tevens zijn middelen bij reisziekte meegenomen omdat deze tijdens de onderzoeksperiode waren ingedeeld op de AV -lijst. Ondertussen zijn deze middelen van de AV-lijst afgehaald, maar deze herziening is nog niet doorgevoerd.⁸ Ter vergelijking is een aantal geneesmiddelgroepen meegenomen die niet in de vrije verkoop gekomen zijn, te weten:

- Middelen bij vermoeide benen
- Middelen bij aambeien
- Middelen bij hoofdluis
- Middelen bij voetschimmel
- Middelen bij huidirritatie
- Oordruppels
- Oogdruppels
- Anti wratten middelen

⁸ Zwangerschapstesten zijn – ondanks dat het hulpmiddelen zijn en geen geneesmiddelen - eveneens meegenomen, omdat deze tegenwoordig ook in supermarkten worden verkocht.

Voor alle middelen waren gegevens beschikbaar vanaf januari 2005 t/m week 24 van 2010. De gegevens tot week 24, 2010 zijn geëxtrapoleerd naar heel 2010. Over alle perioden is gerapporteerd over aantal verpakkingen, omzet in euro en prijs per verpakking, zowel voor drogist en supermarkt apart als samen.

3.1.2 Veiligheid

Met betrekking tot veiligheid zijn twee bronnen geraadpleegd: het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid en het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM.⁹

Het Letsel Informatie Systeem (LIS) registreert slachtoffers die na een ongeval, geweld of zelfmutilatie zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een steekproef van Nederlandse ziekenhuizen. Die ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland. Het LIS bevat gegevens over oorzaken van opnames op de SEH, waaronder die voor verkeerd gebruik van (zelfzorg)geneesmiddelen. (bron:www.veiligheid.nl). De gegevens uit de steekproef worden geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar om aan artsen en andere professionele hulpverleners informatie te verstrekken over (mogelijke) acute vergiftigingen. Dit gebeurt telefonisch en sinds april 2007 ook via de website www.vergiftigingen.info. Zowel de telefonische informatieverzoeken als de via de website ingevoerde vergiftigingsgevallen, worden centraal geregistreerd. Er bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute intoxicaties, waardoor niet alle vergiftigingen die zich in Nederland voordoen bij het NVIC worden geregistreerd. Echter, het grote aantal informatieverzoeken per jaar maakt het toch mogelijk trends te signaleren in het aantal blootstellingen.

3.2 Interviews met stakeholders

De kwantitatieve gegevens uit de registraties zijn aangevuld met interviews met stakeholders (Tabel 3.1). Doel van deze interviews was het verkrijgen van inzicht in de visie van stakeholders op:

1. de vernieuwde indeling van de zelfzorggeneesmiddelen en de gevolgen daarvan op de omvang en veiligheid van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen;
2. de (aanschaffing van) de toonbankverplichting en de gevolgen daarvan op de omvang en veiligheid van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen;
3. de invulling van de verantwoorde zorg door de drogist;
4. de invulling van de verantwoorde zorg door de apotheker.

⁹ Daarnaast is nog bij een aantal bronnen nagegaan of er bruikbare gegevens zouden zijn voor onderhavig onderzoek, maar dit heeft geen cijfers opgeleverd.

Tabel 3.1 Overzicht geïnterviewde partijen in het kader van de evaluatie zelfzorggeneesmiddelen

Organisatie	Geïnterviewde personen
Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD)	M. Hummel, J. van Lissa
Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL)	H. Crielaard
College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)	H.G.M Leufkens, A.F.A.M. Schobben, F. Wesseling
Consumentenbond	C. Jakobs
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	N.B. Kijlstra, L. Hegge
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP)	A.C.A.M Lelie-van der Zande, J.J Luinenburg
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)	E. Visser
Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische industrie van Zelfzorggeneesmiddelen en Gezondheidsproducten (Neprofarm)	B. Mauritz

Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst die de vier hier bovengenoemde onderwerpen nader specificeerde (zie bijlage 2 voor de volledige lijst). Daarnaast is gevraagd naar wat volgens de stakeholders het idee was achter de herziene indeling van de zelfzorggeneesmiddelen: waarom is de wetswijziging doorgevoerd? Van elk interview is een verslag gemaakt wat ter akkoord is voorgelegd aan de geïnterviewden. Het stond de geïnterviewden vrij om eventuele wijzigingen aan te brengen of aanvullingen toe te voegen, waarna het verslag definitief werd gemaakt.

De verslagen zijn als volgt geanalyseerd. Per onderdeel van de vragenlijst zijn aan de antwoorden van de verschillende partijen trefwoorden toegekend. Per trefwoord is een samenvatting gemaakt worden van de verschillende interviews, waarbij overeenkomsten en verschillen in de visies van partijen uitgewerkt zijn.

3.3 Consumentenpanel Gezondheidszorg

De laatste databron die we gebruiken hebben is het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Dit panel bestaat uit 3000 personen (Reitsma-Van Rooijen 2010). De samenstelling van het panel vormt een afspiegeling van de algemene bevolking in Nederland ouder dan 18 jaar. De leden van het panel krijgen minimaal twee en maximaal vier keer per jaar een schriftelijke vragenlijst voorgelegd over actuele en beleidsrelevante thema's. Meestal krijgt de helft van het panel een vragenlijst voorgelegd. Sommige onderwerpen worden na één of twee jaar herhaald om te zien of de situatie is veranderd. Om het panel door de jaren heen representatief te houden wordt het om de twee à drie jaar ververs. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt beheerd door het NIVEL. Achtergrondgegevens zoals opleiding, leeftijd en geslacht zijn bekend en hoeven niet iedere meting te worden nagevraagd. Binnen het Consumentenpanel zijn enkele malen

eerder vragen over zelfzorggeneesmiddelen gesteld (Van der Schee 2004, Brinkman 2008).

Voor dit onderzoek zijn half juni 2010 in totaal 1422 CoPa-leden benaderd om een vragenlijst in te vullen. Panelleden die hebben aangegeven dat zij de vragenlijst via internet in willen vullen, kregen een email toegestuurd met hierin een link naar de vragenlijst (N=751). De overige panelleden (N=671) hebben een schriftelijke vragenlijst toegestuurd gekregen. Aan alle panelleden die niet hebben gereageerd, is een herinnering gestuurd. In totaal hebben 464 panelleden de vragenlijst via internet ingevuld (respons van 61,8%) en 508 panelleden hebben een schriftelijke vragenlijst ingevuld (respons van 75,7%). De gemiddelde respons is 68,8%. Bij CoPa-onderzoek ligt de respons over het algemeen ongeveer tussen de 70 en de 80%. Dat de respons bij deze peiling wat lager ligt dan normaal komt doordat meer dan de helft via internet is benadert. Bij onderzoeken waar gebruik gemaakt wordt van internetvragenlijsten ligt de respons over het algemeen lager dan wanneer gebruik wordt gemaakt van schriftelijke vragenlijsten (Zuidgeest e.a., 2008).

Tabel 3.2. heeft een overzicht van de onderwerpen in de vragenlijst (voor de volledige lijst, zie bijlage 3). De gegevens uit het Consumentenpanel zijn geanalyseerd met STATA, versie 11. Er zijn beschrijvende analysetechnieken gebruikt.

Tabel 3.2 Overzicht onderwerpen in de vragenlijst voor het Consumentenpanel

Onderwerp	Subonderwerpen
Algemeen gebruik zelfzorggeneesmiddelen	Gebruik (o.a. soorten middelen), plaats van aanschaf, doorgeven van gebruik zelfzorgmedicatie aan zorgverleners
Combinatie zelfzorg- en receptgeneesmiddelen	Informatie vragen/zoeken hierover, informatie krijgen hierover op verschillende plaatsen van aanschaf, gezondheidsklachten naar aanleiding van gecombineerd gebruik zelfzorg- en receptgeneesmiddelen,
Gebruik van het <i>laatste</i> zelfzorggeneesmiddel	Soort middel, plaats van aanschaf en voor/achter de toonbank, gekregen informatie
Verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen	Oordeel over vrije verkrijgbaarheid in relatie tot veiligheid, inschatting eigen competentie om goede keuzes te maken, inschatting competenties anderen, redenen om voor een bepaald verkooppunt te kiezen, voorkeur voor verkooppunt, oordeel over betrouwbaarheid informatie, oordeel over aanwezigheid deskundigheid bij aanschaf, oordeel over welke middelen waar verkrijgbaar mogen zijn

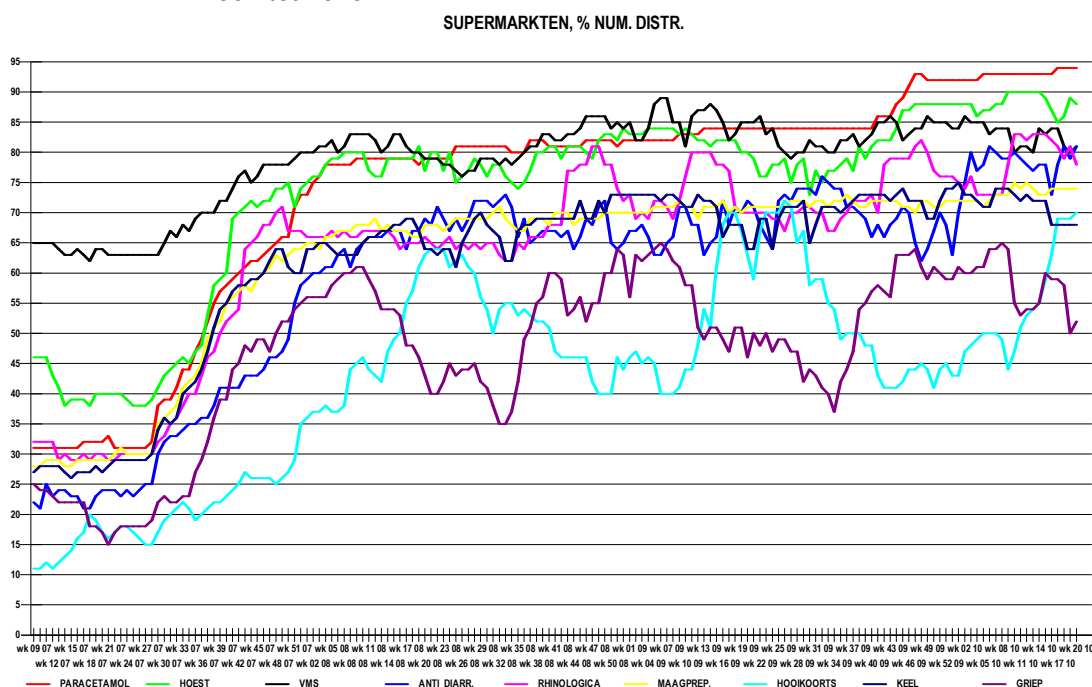
4 Resultaten: Gebruik en veiligheid

4.1 Gebruik van zelfzorggeneesmiddelen 2002-2010

4.1.1 Gegevens van Nielsen

Per 1 juli 2007 kwam een aantal zelfzorggeneesmiddelen beschikbaar voor vrije verkoop. Hoewel pas in november 2007 daadwerkelijk de eerste handelsvergunningen voor AV-middelen zijn verleend, laat een analyse van distributiepunten in supermarkten zien dat het aantal supermarkten dat AV middelen verkoopt vrijwel meteen (vanaf augustus 2007) begint te stijgen. Eind 2007 heeft al ongeveer 75% van de supermarkten paracetamol en hoestmiddelen in het assortiment. In 2010 verkoopt 95% van de supermarkten paracetamol (Figuur 4.1).

Figuur 4.1 Percentage supermarkten dat verschillende zelfzorggeneesmiddelen in het assortiment heeft en ook heeft verkocht (numerieke distributie) vanaf 2007 tot 2010

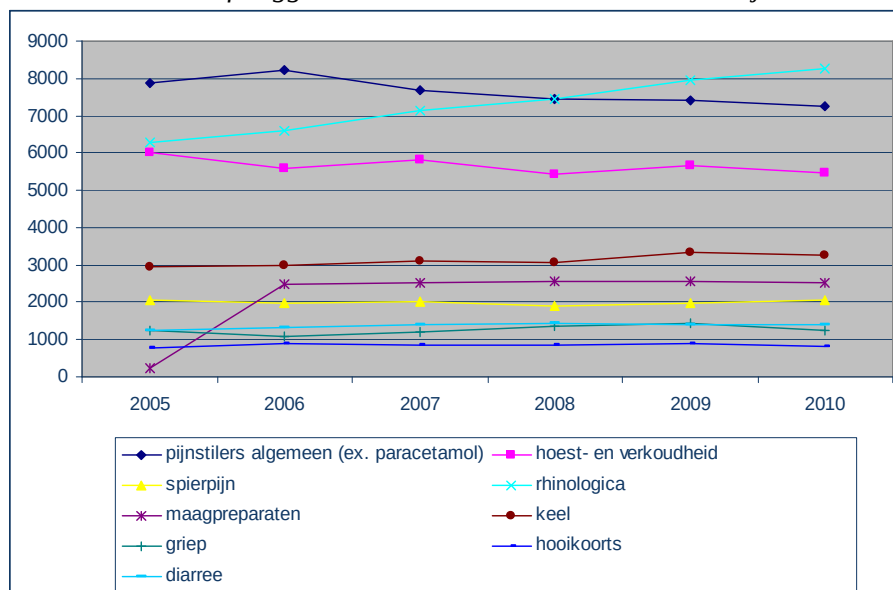


Bron: The Nielsen Company

Een volledig overzicht van de ontwikkelingen in de verkoop van de zelfzorgmiddelen is te vinden in bijlage 4 van dit rapport. De belangrijkste bevindingen beschrijven we hier. Wanneer vitaminen/mineralen en supplementen buiten beschouwing worden gelaten is tussen 2005 en 2010 de omzet (aantal verpakkingen) van zelfzorgmiddelen in categorieën waar geen sprake is van vrije verkoop gelijk gebleven op 14 miljoen verpakkingen. In de categorieën waar wel sprake is van vrije verkoop nam het aantal verkochte verpakkingen toe van 48 naar 61 miljoen (stijging: 27%). Deze extra stijging in de laatste categorie geneesmiddelen, is vooral toe te schrijven aan een toename van het aantal verkochte verpakkingen in supermarkten met 183%. In absolute aantallen blijven de verkopen via drogisterijen nog altijd het belangrijkste. De verkoop van AV-middelen via apotheken is intussen kleiner dan via supermarkten. De apotheek verliest hier ook wat omzet (-2.50/0) maar stijgt echter wel in totaal zelfzorgomzet via de UA(+150/0) , UAD (+10/0) en producten die vallen onder de warenwet (+40/0) als het gaat om de omzet over de laatste 12 maanden tot en met augustus 2010 (Bron: IMS Consumer Health).

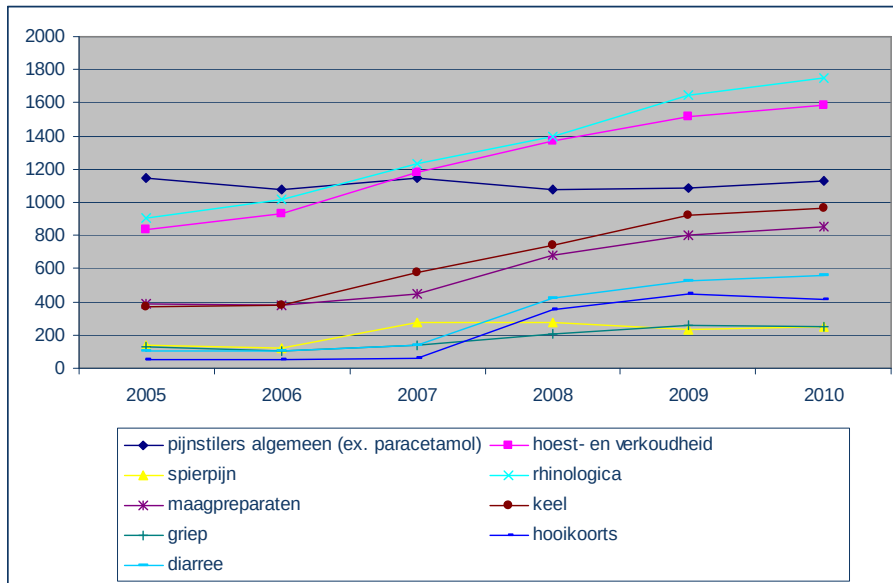
De figuren 4.2 en 4.3 illustreren dat de stijging van de verkoop van een aantal belangrijke categorieën zelfzorggeneesmiddelen vooral plaatsvindt in de supermarkt en niet bij de drogist.

*Figuur 4.2 Aantal verkochte verpakkingen (x1000) voor verschillende zelfzorggeneesmiddelen tussen 2005 en 2010 bij de **DROGIST***



Bron: The Nielsen Company

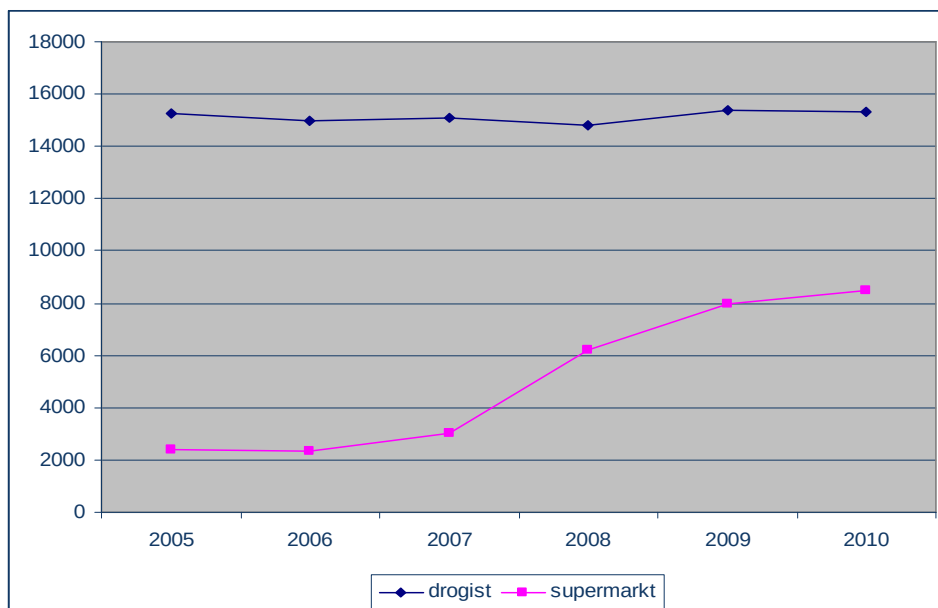
Figuur 4.3 Aantal verkochte verpakkingen (x 1000) voor verschillende zelfzorggeneesmiddelen tussen 2005 en 2010 bij de **SUPERMARKT**



Bron: The Nielsen Company

De toename van AV-verkopen via supermarkten is voor 60% toe te schrijven aan een toename in de verkoop van paracetamol (zie ook figuur 4.4). Procentueel is de toename van het aantal verkochte verpakkingen in supermarkten van het hooikoortsmiddel cetirizine (710%) het meest opvallend. Maar ook van middelen bij diarree (+443%), bij muggenbeten (+209%) en bij keelpijn (+160%) steeg de omzet aanzienlijk.

Figuur 4.4 Aantal verkochte verpakkingen (x 1000) paracetamol uitgesplitst naar **DROGIST EN SUPERMARKT**



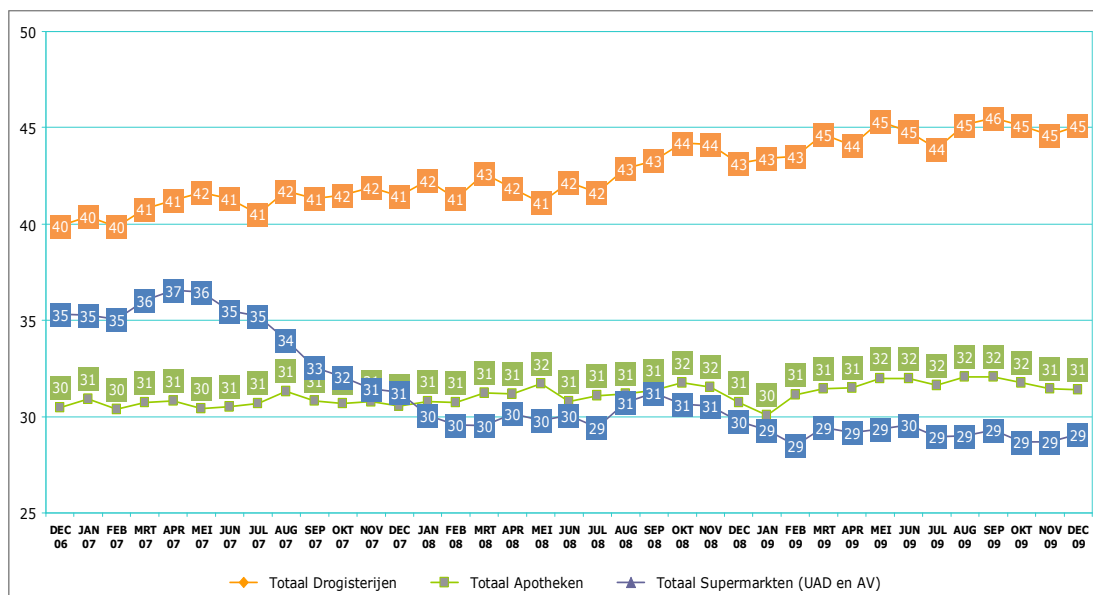
Bron: The Nielsen Company

4.1.2 Gegevens uit andere bronnen

De eerste stijging van de verkoop van AV-middelen is zichtbaar in 2007. Halverwege 2007 werden de eerste AV middelen opgenomen in het assortiment van de supermarkten. Een tijd lang mocht dit consumentengedrag worden aangemerkt als – deels – extra voorraadvorming. Daar de stijging nu al bijna drie jaar aanhoudt en nog steeds toeneemt, mag worden aangenomen dat er sprake is van een substantiële uitbreiding van het gebruik van bepaalde zelfzorgmiddelen.

Tijdens het interview met Neprofarm kregen de onderzoekers ook inzicht in IMS-cijfers met betrekking tot de ontwikkeling van de omzet van paracetamol in drogisten, supermarkten en apotheken. Deze cijfers had den slechts betrekking op de jaren 2007, 2008 en 2009. Deze cijfers bevatten geen supermarkten discounters Aldi/Lidl en Dirk van den Broek, maar zijn een interessante aanvulling omdat de totale paracetamol omzet in apotheken tussen 2007 en 2009 nagenoeg gelijk bleef met 4 miljoen verpakkingen. Daarmee heeft de omzet van paracetamol in supermarkten de apotheken in 2009 ingehaald. Verder opvallend is dat drogisten tussen 2007 en 2009 steeds grotere verpakkingen paracetamol zijn gaan verkopen (Figuur 4.5). Voor dit onderzoek zijn geen cijfers beschikbaar over de verpakkingsgrootte van andere zelfzorgmiddelen. Dit is interessant omdat met name bij ibuprofen de afgelopen jaren steeds grotere verpakkingen via drogisterijen en apotheken beschikbaar zijn gekomen.

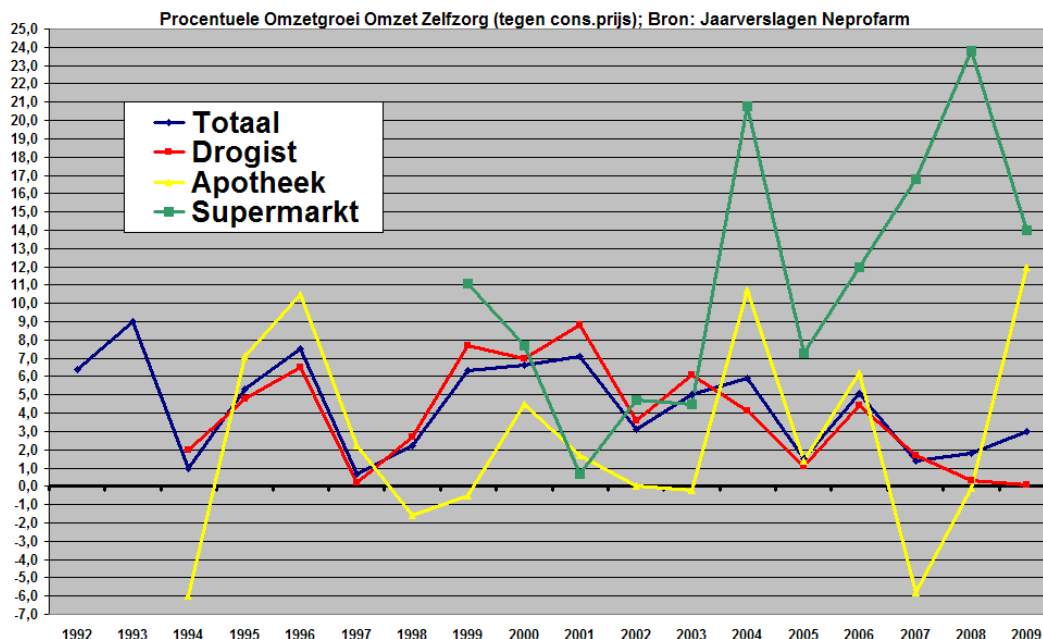
Figuur 4.5 Gemiddelde verpakkingsgrootte paracetamol per distributiekanaal



Bron: IMS Consumer Health

Een analyse van de jaarverslagen van Neprofarm van de afgelopen 20 jaar bevestigt tenslotte de trend dat de omzet van zelfzorgmiddelen met name bij drogisten stagneert en de afgelopen jaren flink toeneemt in supermarkten. Hoewel er uitschieters naar boven en naar beneden zijn die door incidentele factoren kunnen worden bepaald, valt op dat de groei vooral in het supermarktsegment plaatsvindt (Figuur 4.6).

Figuur 4.6 Omzetontwikkeling zelfzorgmiddelen per distributiekanaal



Bron: IMS Consumer Health uit Neprofarm jaarverslagen

4.1.3 Conclusies over de omzet van zelfzorgmiddelen

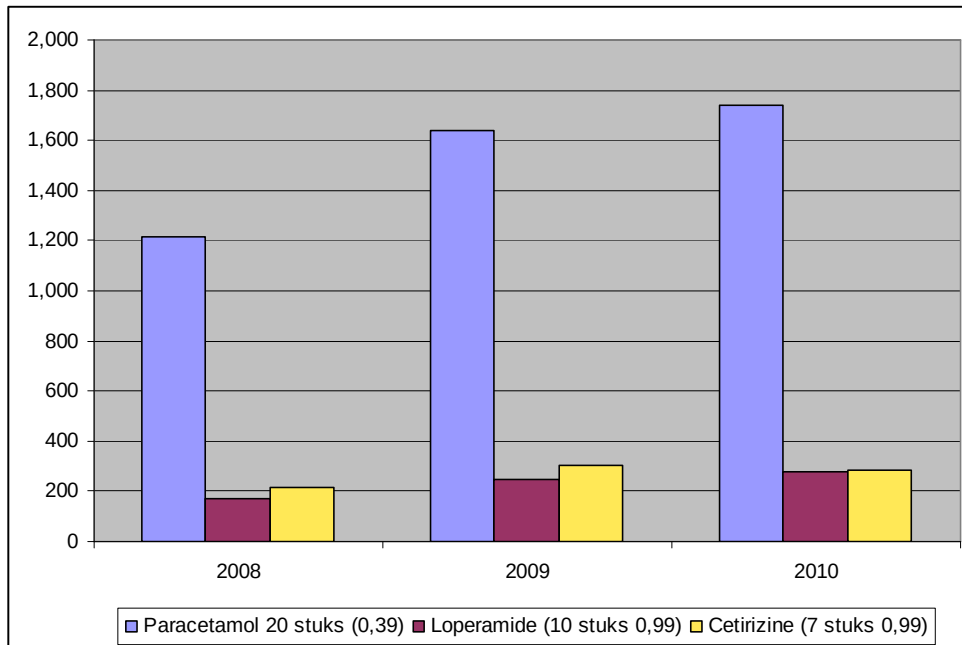
Alle registratiesystemen wijzen op een stijging van de omzet van zelfzorggeneesmiddelen die een AV-status hebben gekregen. De hoogte van deze stijging wisselt bij de verschillende onderzoeksbureaus. Naast de totale stijging van het aantal verpakkingen valt bij paracetamol op dat de verpakkingsgrootte in drogisterijen toeneemt.

4.2 Prijzen van zelfzorgmiddelen

Hoewel niet direct een opdracht van het onderzoek is ook gekeken naar de prijsontwikkeling van zelfzorgmiddelen. Terwijl de gemiddelde consumentenprijs van middelen waar (een deel van) de middelen inmiddels AV is met 2% is gedaald van €3,91 tot €3,86 per verpakking, is de gemiddelde consumentenprijs voor de overige zelfzorggeneesmiddelen (zonder invloed van AV) met 16% gestegen van €4,42 naar €5,08. Deze cijfers moeten wel met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat vanuit concurrentieoverwegingen slechts beperkte detaillering van de verkoopcijfers en prijzen is verkregen. De verpakkingsgrootte van (een deel van) de AV-middelen is kleiner in supermarkten dan in drogisterijen. Kleinere verpakkingen zijn vaak goedkoper en drukken de gemiddelde prijs. De daling van de gemiddelde consumentenprijs lijkt daarbij vooral het gevolg van de daling van twee belangrijke categorieën middelen: paracetamol (€1,70 per verpakking naar €1,52 per verpakking) en hooikoortsmiddelen (€7,37 naar €6,32 per verpakkingen). Het lijkt aannemelijk dat bij deze twee categorieën middelen

een belangrijk deel van de gemiddelde prijsdaling ontstaat door de invloed van de zeer lage prijzen van een aantal prijsvechters die het gemiddelde sterk drukken (Figuur 4.7).

Figuur 4.7 Aantal verpakkingen (x 1000) en prijs per verpakking verkocht via prijsvechters onder supermarkten



Bron: The Nielsen company

Tenslotte moet opgemerkt worden dat de prijsstijgingen in de categorieën waar geen invloed is van AV-middelen vermoedelijk vooral samenhangen met de introductie van nieuwe producten die in het algemeen duurder zijn dan oudere producten. Ook hier zijn echter geen details over bekend.

Dit alles betekent dat de vrije verkrijgbaarheid voor bepaalde producten heeft geleid tot prijsdalingen. Daarmee is er sprake van een gewenst effect van het AV-beleid: prijsdalingen door concurrentie.

4.3 Veiligheid van zelfzorgmiddelen

Met betrekking tot veiligheid zijn twee bronnen geraadpleegd. Het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid en het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM.

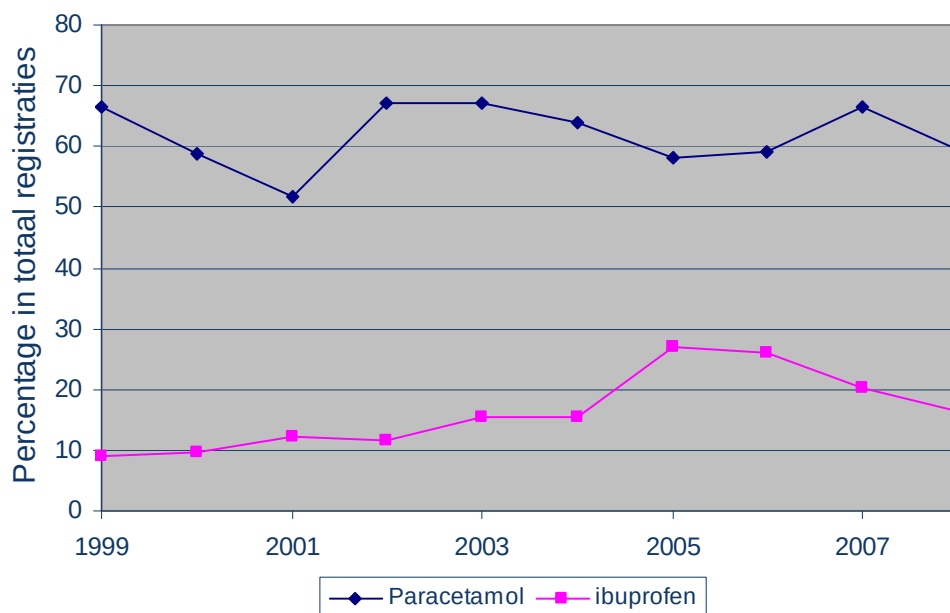
4.3.1 Letsel Informatie Systeem (LIS)

Het Letsel Informatie Systeem (LIS) registreert slachtoffers die na een ongeval, geweld of zelfmutilatie zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een steekproef van Nederlandse ziekenhuizen. Die ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland. Het LIS bevat gegevens over oorzaken van opnames op de SEH, waaronder die voor verkeerd gebruik van (zelfzorg)geneesmiddelen. (bron: www.veiligheid.nl). De gegevens uit de steekproef worden geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers.

De LIS-gegevens laten een stijging van het aantal registraties van vergiftigingen door pijnstillers zien van 600-900 in de periode 1999-2001 tot 1200-1400 in de periode 2005-2008 (Bijlage 5 en 6). Een nadere analyse van de meldingen binnen het LIS laat zien dat over de jaren 60% van de meldingen van vergiftigingen door geneesmiddelen betrekking heeft op paracetamol en 20% op ibuprofen. Het *aandeel* van de meldingen dat betrekking heeft op paracetamol lijkt over de jaren constant, terwijl het aandeel ibuprofen tot 2005 licht gestegen lijkt (Figuur 4.8). Nadere analyse van de registraties van vergiftigingen door paracetamol en ibuprofen, suggereert dat door de jaren heen minstens 60-70% van de intoxicaties zogenaamde auto-intoxicaties of suïcides betreft. Daarbij worden ibuprofen en paracetamol zowel alleen gebruikt als in combinatie met alcohol en receptgeneesmiddelen zoals antidepressiva en/of slaap- en kalmeermiddelen.

Opvallend is verder dat vrouwen veel vaker met vergiftigingen op de spoedeisende hulp terecht komen en dat 20% (250 van de 1300) van vergiftigingen door geneesmiddelen betrekking heeft op vrouwen tussen de 15 en 19 jaar (Bijlage 5). Om een idee te krijgen om wat voor meldingen het gaat, zijn de meldingen van 2008 toegevoegd in Bijlage 6.

Figuur 4.8 Percentage dat paracetamol en ibuprofen uitmaken van het totaal aantal registraties van vergiftigingen in LIS



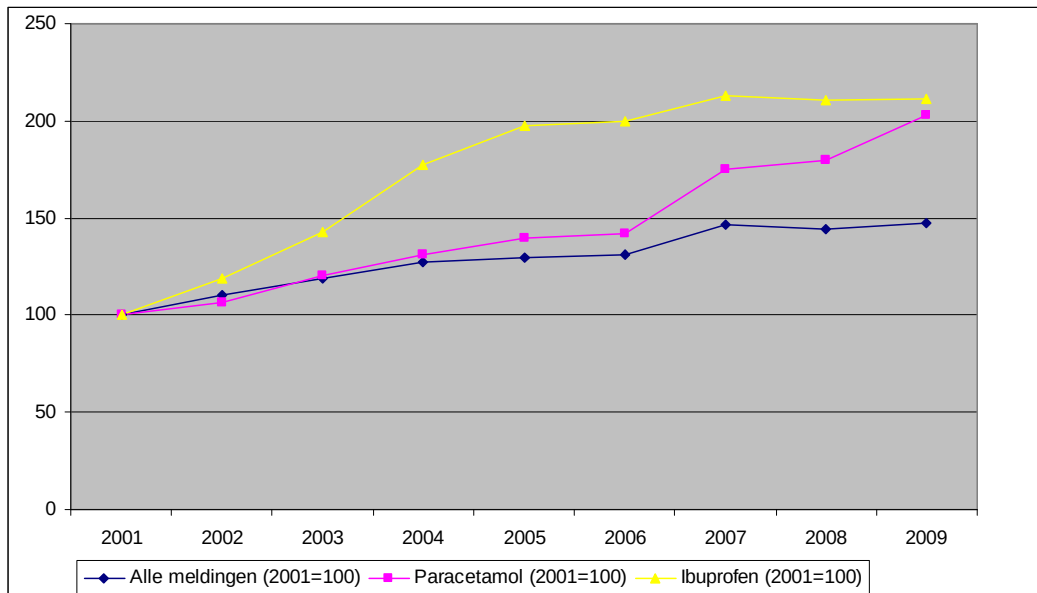
Bron: LIS, Stichting Consument en Veiligheid

4.3.2 Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC)

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar om aan artsen en andere professionele hulpverleners informatie te verstrekken over (mogelijke) acute vergiftigingen. Dit gebeurt telefonisch en sinds april 2007 ook via de website www.vergiftigingen.info. Zowel de telefonische informatieverzoeken als de via de website ingevoerde vergiftigingsgevallen worden centraal geregistreerd. Er bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute intoxicaties, waardoor niet alle vergiftigingen die zich in Nederland voordoen bij het NVIC worden geregistreerd. Echter, het grote aantal informatieverzoeken per jaar maakt het toch mogelijk trends te signaleren in het aantal blootstellingen.

Het aantal meldingen van blootstellingen aan paracetamol bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) is in de periode tussen 2001 en 2009 gestegen van 1296 tot 2631 (+103%), terwijl het totaal aantal meldingen steeg van 31269 naar 46061 (+47%). Het aantal meldingen op ibuprofen steeg in dezelfde periode eveneens sterk van 646 tot 1368 (+112%) (Figuur 4.9).

Figuur 4.9 Aantal meldingen van blootstelling aan paracetamol en ibuprofen bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum



Bron: NVIC

De stijging van het aantal meldingen op paracetamol en ibuprofen is (deels) onderdeel van een algemene toename van het aantal meldingen van blootstellingen aan het NVIC. Dit hangt deels samen met de introductie van www.vergiftigingen.info in april 2007.

De meldingen voor paracetamol en ibuprofen zijn echter sterker gestegen dan het totaal aantal meldingen. Hierbij valt op dat het aantal meldingen voor paracetamol na 2007 sterker steeg dan het totaal aantal meldingen. Het aantal meldingen op ibuprofen steeg juist sterker tussen 2001 en 2006, terwijl deze meldingen de afgelopen jaren stabiliseerden. De stabilisatie van het aantal meldingen op ibuprofen correspondeert met de stabilisatie van de omzet van ibuprofen tussen 2006 en 2009. Cijfers over de ibuprofen omzet over de jaren 2003 en 2004¹⁰, suggereren niet dat de omzet in verpakkingen van ibuprofen in die jaren sterk steeg. Wel is het mogelijk dat de verpakkingsgrootte in die jaren is toegenomen en mogelijk speelt ook de afschaffing van de toonbankverplichting hier een rol.

¹⁰ Deze gegevens konden de onderzoekers inzien, maar waren niet beschikbaar voor publicatie.

4.4 Relatie verkoop en veiligheid

In zowel het LIS als bij het NVIC hebben binnen de groep zelfzorggeneesmiddelen verreweg de meeste meldingen betrekking op pijnstillers en op paracetamol in het bijzonder. De data suggereren een relatie tussen de sterke stijging van de verkoop van paracetamol in supermarkten en de gelijktijdige versterkte stijging van het aantal meldingen van blootstellingen aan paracetamol. De stijging van het aantal meldingen van paracetamol en ibuprofen vindt al langere tijd plaats en baart zorgen. Er is relatief weinig bekend over de afloop van deze blootstellingen. In het verleden bleek bijvoorbeeld uit onderzoek wel dat bij 16% van de paracetamol bepalingen in ziekenhuizen dusdanig hoge paracetamolspiegels werden aangetroffen dat leverschade mogelijk was. Het aantal gevallen waarbij daadwerkelijk leverschade optreedt is echter onbekend. Ook is het onbekend in hoeverre paracetamol aangeschaft in supermarkten of juist grote verpakkingen paracetamol uit drogisterijen en apotheken bijdragen aan de toename van vergiftigingen. Tevens speelt mogelijk de perceptie over de veiligheid van paracetamol en ibuprofen een rol. De brede beschikbaarheid van deze middelen kan eraan bijdragen dat de bevolking deze middelen als volkomen veilig percipieert. Het is derhalve duidelijk dat er nog veel vragen zijn. Daarom is het aan te bevelen nader onderzoek te doen naar de omvang, context en gevolgen van blootstellingen aan met name hoge doseringen paracetamol.

5 Resultaten: Interviews met stakeholders

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten uit de interviews die zijn gehouden met acht veldpartijen. In de interviews zijn verschillende onderwerpen aan de orde geweest. Elk interview begon met de vraag wat volgens de geïnterviewde(n) de reden was om in de Geneesmiddelenwet in 2007 de indeling van de zelfzorggeneesmiddelen te herzien. Vervolgens is ingegaan op de mening van de veldpartijen over de herziene indeling van zelfzorggeneesmiddelen en de uitvoering daarvan in de praktijk. De manier waarop de drogist en de apotheek de rol invullen die ze in de wet toebedeeld hebben gekregen, kwam vervolgens aan de orde. Tot slot is ingegaan op de afschaffing van de toonbankverplichting

5.1 Idee achter de wetswijziging in 2007

Alle geïnterviewde partijen noemen de verruiming van de verkrijgbaarheid als een belangrijke reden voor invoering van de herziene indeling van zelfzorggeneesmiddelen. Er zijn echter wel verschillende visies op de achterliggende redenen voor deze verruiming. Een aantal partijen noemt dat er binnen de politiek meer aandacht kwam voor zelfzorg en zelfbeschikking van de consument. De politiek wilde consumenten meer eigen verantwoordelijkheid geven en een betere verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen kon hieraan een bijdrage leveren (CBG, KNMP). Een aantal partijen geeft aan dat het om liberalisering van de markt ging (CBG, NPCF) of om verruiming van de handel (IGZ).

Aanvankelijk was het idee alle zelfzorggeneesmiddelen via vrije verkoop beschikbaar te maken. De Tweede Kamer twijfelde echter over de wenselijkheid van een volledige vrije verkrijgbaarheid (zie ook hoofdstuk 2). Men vond bovendien dat er duidelijkere eisen gesteld moesten worden aan de kanalisatie via drogisten. De twijfel in de politiek kwam mede doordat het denken over veiligheid in deze periode een ontwikkeling doormaakte (CBG). Terwijl aanvankelijk de gedachte was dat “zelfzorg per definitie veilig is”, begon men zich steeds meer te realiseren dat aan elk geneesmiddel risico's kunnen vastzitten, hoe klein die soms ook zijn. Met name de problemen rondom rofecoxib en de publieke aandacht voor vergiftigingen met paracetamol hebben hieraan bijgedragen. Veiligheid werd daarmee een onderwerp bij de nieuwe indeling van zelfzorggeneesmiddelen (CBD, CBG, IGZ, CB, KNMP, Neprofarm). Het veranderde denken is mede tot stand gekomen doordat veldpartijen de politiek hierop aangesproken hebben. Zo heeft de KNMP al in een vroeg stadium geijverd voor de toevoeging van een UA-categorie voor middelen die interacties kunnen opleveren met andere geneesmiddelen. Uiteindelijk is een compromis van de indeling in drie categorieën bereikt. Daarbij werden additionele eisen gesteld aan de kanalisatie via drogisten. Dit laatste werd ook gewenst door het Centraal Bureau Drogisterijen.

5.2 Herziening indeling zelfzorggeneesmiddelen

Een belangrijk aspect van de introductie van de Geneesmiddelenwet was de herziene indeling van zelfzorggeneesmiddelen. In de interviews is gevraagd hoe de verschillende partijen nu, drie jaar na de introductie, aankijken tegen deze indeling.

5.2.1 *Het principe achter de indeling van zelfzorggeneesmiddelen in drie categorieën*

Alle partijen met uitzondering van het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL) kunnen zich vinden in het *principe* van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen in *drie* groepen: AV, UAD en UA. Het CBL vindt een onderscheid tussen AV- en UA-middelen voldoende. Indien middelen niet veilig genoeg worden bevonden voor vrije verkoop dan moeten ze bij de apotheek worden verkocht. Indien zelfzorggeneesmiddelen wel veilig genoeg worden bevonden, dan kunnen ze zowel bij supermarkt als drogist worden verkocht.

Het Centraal Bureau Drogisterijen (CBD) staat achter indeling, zoals deze is verwoord in de motie Arib/Buijs (Arib/Buijs, 29 359, nr. 60, 2006)¹¹ mits dit beleid conform de afspraken wordt uitgevoerd. Het CBD ziet dat er middelen zijn die niet gekanaliseerd hoeven te worden omdat zij volstrekt veilig zijn. Wel vindt het CBD de AV-verkrijgbaarheid in principe niet nodig omdat een UAD-verkrijgbaarheid al ruim genoeg is. Het CBD en Neprofarm vinden beiden dat de UA-categorie vooral bedoeld moet zijn voor middelen die nu nog uitsluitend op recept te verkrijgen zijn. De NPCF vindt het vanuit veiligheidsoverwegingen goed dat bij de UAD- en UA-middelen de nadruk in de wet sterk ligt op informatievoorziening en dat er eisen gesteld worden aan de deskundigheid. Een en ander komt samen in de mening van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) dat zelfzorggeneesmiddelen in het huidige systeem gerangschikt kunnen worden naar de mate van onveiligheid en mogelijke risico's.

Het Centraal Bureau Drogisterijen vindt dat hij een belangrijke en constructieve bijdrage heeft geleverd aan de discussie rond de indeling van zelfzorggeneesmiddelen. Op initiatief van het CBD is een Witboek opgesteld over de indeling van zelfzorggeneesmiddelen, dat heeft bijgedragen aan het compromis dat uiteindelijk in de Geneesmiddelenwet is terecht gekomen.

5.2.2 *Uitwerking in de praktijk en hantering van de criteria voor indeling*

Waar vrijwel alle geïnterviewde partijen zich kunnen vinden in het principe achter de indeling van zelfzorggeneesmiddelen in drie categorieën, is er vanuit diverse hoeken kritiek op de uitvoering in de praktijk en met name op de hantering van de verschillende criteria voor de indeling. In onderstaande wordt een aantal belangrijke onderwerpen dat tijdens de interviews naar voren kwam behandeld.

¹¹ Zie hoofdstuk 2 voor een toelichting op dit amendement.

Verwaarloosbaar risico

Een leidend criterium bij de indeling van zelfzorggeneesmiddelen in de AV-categorie is het zogenaamde *verwaarloosbaar risico*. Het CBG is de instantie die uiteindelijk vaststelt of hiervan sprake is, maar geeft aan dat het verwaarloosbaar risico geen absoluut criterium met mathematische afkappunten is. Het CBG weegt voor ieder individueel middel de frequentie waarmee problemen op kunnen treden en de ernst van de problemen om zo het risico in te schatten.¹² Daarbij zal het risico nooit echt nul worden. Bij de beoordeling hanteert het CBG een geïntegreerde aanpak waarbij alle relevante elementen worden nagelopen en op basis waarvan een uitkomst bepaald wordt. Een voorbeeld is de bijwerking Stevens Johnson. Deze bijwerking is weliswaar heel ernstig maar tevens heel zeldzaam. Het optreden van de bijwerking is bovendien niet te voorspellen, zodat begeleiding door een apotheker of drogist geen extra waarborgen geeft. Een middel zal op grond van deze bijwerking alleen niet worden uitgesloten van vrije verkoop.

Een aantal andere partijen signaleert dat *verwaarloosbaar risico* een begrip is dat voor lastige afwegingen zorgt, maar vertrouwt erop dat het CBG hieraan zo goed mogelijk invulling geeft (CBL, Neprofarm, Consumentenbond). Andere partijen hebben kritiek op het CBG, met name het CBD. Het Centraal Bureau Drogisterijen geeft aan dat het College in eerste instantie zelf als belangrijkste criterium voor AV *geen onevenredig risico* had voorgesteld. In de Tweede Kamer is dit door de motie “Van der Veen” veranderd in *een verwaarloosbaar risico*. Het CBD stelt dat het CBG in de praktijk echter het door de Kamer verworpen criterium *geen onevenredig risico* hanteert. Daarnaast past het College volgens het CBD het wettelijke criterium *geen aanwijzingen voor abnormaal gebruik* niet altijd goed toe (art 4.2, criterium 2 Rgw).

Het begrip *verwaarloosbaar risico* is volgens de KNMP en IGZ niet duidelijk of eenduidig gedefinieerd. De KNMP vindt wel dat dit het enige relevante criterium bij de indeling van AV-middelen moet zijn; andere criteria zijn oneigenlijk. Het is volgens de IGZ onmogelijk om algemene criteria op te stellen omdat voor verschillende geneesmiddel groepen afwijkende argumenten kunnen spelen. Een mogelijke oplossing hiervoor zou zijn dat het CBG criteria per groep geneesmiddelen (bijvoorbeeld pijnstillers) zou opstellen.

Op de huidige lijst AV-middelen staat een aantal middelen dat geen verwaarloosbaar risico heeft, aldus KNMP en CBD. Zij refereren hierbij naar antihistaminica die van invloed kunnen zijn op de rijvaardigheid. Het CBD geeft aan dat zeker vier veel verkochte stoffen op de AV-lijst niet veilig genoeg hiervoor zijn: paracetamol, ibuprofen, loperamide en cetirizine¹³.

UA-middelen

UA-middelen mogen uitsluitend in de apotheek worden verkocht. Toen de indeling van kracht werd, zijn volgens de KNMP in eerste instantie alle middelen ingedeeld in de

¹² Het antwoord op de Kamervragen van Arendtsen geven een adequate beschrijving.

¹³ Het CBD geeft aan dat dit standpunt wordt ondersteund door de belangrijkste deskundigen in Nederland die voor het CBD deskundigenrapporten hebben beschreven.

UAD-categorie. Vervolgens zijn ‘filters’ toegepast naar AV (het eerder genoemde verwaarloosbaar risico) en UA. De KNMP vindt dat alle middelen met relevante interacties waarbij medicatiebewaking nodig is, uitsluitend in de apotheek (UA) zouden moeten worden verstrekt. De KNMP argumenteert dat wanneer de huidige criteria zuiver toegepast zouden worden er middelen van AV naar UAD zouden moeten gaan en ook middelen van UAD naar UA.

Bij introductie van de Geneesmiddelenwet verwachtte de KNMP dat de UA categorie (ook) gebruikt zou worden voor middelen die uit de Uitsluitend-Recept categorie kwamen. Echter, middelen als omeprazol en pantoprazol werden, direct nadat zij zelfzorggeneesmiddel werden, ingedeeld in de UAD categorie. Orlistat (een bestanddeel van het vermageringsmiddel Alli) werd wel ingedeeld in the UA categorie. Op basis van de criteria en het idee achter de wet hadden omeprazol en pantoprazol ook moeten worden ingedeeld in de UA categorie, aldus de KNMP. Bij omeprazol zijn bovendien na introductie op de zelfzorgmarkt nieuwe interacties geconstateerd. In principe zou het middel dan opnieuw moeten worden ingedeeld op basis van de criteria. Het is onduidelijk of en wanneer een herevaluatie plaatsvindt.

Neprofarm geeft aan dat het CBG in de praktijk de UA-categorie gebruikt om de beschikbaarheid van bepaalde zelfzorggeneesmiddelen te verkleinen. Het CBG heeft overigens zowel in de wet als van de Raad van State de ruimte gekregen om dit te doen. Neprofarm vindt dat de toegevoegde waarde van UA-middelen vooral aanwezig is bij middelen die van UR naar NR gaan. Het UA-potentieel is daarbij nog niet ten volle benut. Voorbeelden van dergelijke middelen zijn volgens Neprofarm statines, triptanen of sildenafil (Viagra).

Doseringen en verpakkingen

Een aantal partijen refereert aan het feit dat niet alleen de werkzame stof maar ook de dosering en de verpakkingsgrootte soms een criterium zijn bij de indeling (IGZ, KNMP, NPCF). Bij de NSAIDs geldt nu de verpakkingsgrootte als criterium voor indeling in een bepaalde categorie. De NPCF wijt dit aan de ingewikkelde rol van het CBG, dat met een groot aantal partijen een compromis moet bereiken. De IGZ vindt dit verwarrend voor de consument en pleit voor een indeling uitsluitend op stofnaam. De KNMP verwijst naar onduidelijkheden over de doseringen. Zo is ibuprofen 200 mg een AV middel. De aanbevolen dosis is 2 x 200 mg, oftewel 400 mg. Echter, 400 mg ibuprofen is ingedeeld in de UAD categorie, terwijl ibuprofen 600 en 800 mg alleen op recept verkrijgbaar zijn.

Grondslag indeling

De indeling van zelfzorggeneesmiddelen in één van de drie categorieën moet gebeuren na zorgvuldige afwegingen, bij voorkeur op basis van wetenschappelijk onderzoek. Het CBG merkt op dat dit laatste problematisch is. Zelfzorggeneesmiddelen zijn veelal oudere middelen waar de laatste jaren weinig onderzoek naar is gedaan. Er is daardoor vaak weinig (recent) wetenschappelijk bewijs over effectiviteit en veiligheid. Bovendien heeft het beschikbare bewijs vaak ook nog eens betrekking op de toepassing van het middel als receptgeneesmiddel en niet op de specifieke toepassing als zelfzorgmiddel. Een complicerende factor daarbij is dat terwijl de bewijsvoering voor nieuwe stoffen bij de

fabrikant ligt, deze bij de kanalisatie bij het College ligt. De KNMP erkent eveneens dat het moeilijk is om criteria op te stellen vanwege het beperkte onderzoek naar zelfzorggeneesmiddelen. Ook ontbreekt een goed meldingssysteem voor bijwerkingen specifiek gericht op zelfzorgmiddelen. Daarnaast is er vermoedelijk een nog grotere onderrapportage dan bij receptgeneesmiddelen, omdat consumenten vaak niet het verband zullen leggen tussen een zelfzorgmiddel en een bijwerking en niet weten waar ze bijwerkingen kunnen melden. Ook in ziekenhuizen wordt nauwelijks geregistreerd of er sprake is van bijwerkingen of verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen bij een ziekenhuisopname, aldus de KNMP. Gezien de specifieke aard van de problematiek rondom zelfzorggeneesmiddelen adviseert de KNMP om zelfzorggeneesmiddelen binnen het CBG apart op de agenda te zetten en te laten beoordelen door een aparte groep deskundigen.

Veranderingen in de indeling en gevolgen

De indeling van een zelfzorggeneesmiddel in één van de drie categorieën kan worden aangepast. Dit gebeurt ook, soms naar aanleiding van procedures (zie hieronder), soms op initiatief van het CBG. Dit schept volgens het CBD rechtsonzekerheid voor drogisten. Zo is ibuprofen 200 mg eerste drie jaar ingedeeld als UAD, maar recentelijk alsnog AV geworden. Het CBD geeft aan dat verkleining van de groep UAD-middelen het moeilijk maakt voor drogisten om het kwaliteitssysteem vol te houden. Drogisten zetten volgens het CBD voor de inwerkingtreding van de nieuwe Geneesmiddelenwet 6% van de omzet aan zelfzorggeneesmiddelen in voor kwaliteitsverbetering. Wanneer de omzet van zelfzorgmiddelen in de drogist daalt door een beperking van het aantal UAD-middelen, dan stijgt wordt het moeilijk om het UAD-kwaliteitssysteem overeind te houden.¹⁴

5.2.3 Rol CBG en procedures

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen heeft een belangrijke rol als het gaat om de indeling van zelfzorggeneesmiddelen. De meeste geïnterviewde partijen hebben vertrouwen in het CBG (zie hierboven). Het CBD heeft echter kritiek op het dubbele karakter van de rol van het CBG. Enerzijds heeft het CBG een adviserende rol (normstellend) en anderzijds is zijn rol uitvoerend. De adviserende rol van het CBG zou volgens het CBD moeten worden overgenomen door een instantie als de Gezondheidsraad. Deze heeft de mogelijkheid om de benodigde kennis te mobiliseren en commissies te organiseren die inhoudelijke kennis hebben op dit terrein. Zo'n adviserend orgaan zou moeten adviseren inzake het beleid en zou de criteria voor de indeling van zelfzorggeneesmiddelen moeten formuleren. Dan volgt de wetgever om dit vast te stellen en het CBG om het uit te voeren.

¹⁴ Noot auteurs: de statistieken laten zien dat de omzet van zelfzorgmiddelen in drogisterijen in absolute zin nog niet daalt, maar ook nauwelijks meer stijgt (hoofdstuk 4)

Procedures/rechtszaken

Bij de indeling van zelfzorggeneesmiddelen ligt de bewijsvoering bij het College. Bij de beslissingen over zelfzorgmiddelen zijn daarbij twee wetten van toepassing: de Geneesmiddelenwet en de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB). Door de laatste wet kan iedere belanghebbende protesteren tegen beslissingen van het CBG. In deze procedures hebben de verschillende partijen vaak economische belangen, maar voeren zij eveneens het belang van de patiënt aan. Deze mengeling van belangen komt ook tot uiting in de dubbele opdracht die het CBG in feite heeft. De inhoudelijke beoordeling van geneesmiddelen is verbonden aan het afgeven van een handelsvergunning, wat een economische activiteit is. In het geval van zelfzorggeneesmiddelen krijgt het CBG daarbij te maken met tegengestelde belangen van supermarkten, drogisten en apothekers. De public health opdracht en het belang van de patiënt staan voor het CBG voorop in alle afwegingen.

Het College wijst voorts op de juridisering van het zelfzorgdossier. Ook de KNMP en NPCF wijzen op de sterke nadruk op het juridische aspect binnen het zelfzorgdossier. Hierdoor is er minder aandacht voor inhoudelijke aspecten (KNMP) en medisch-ethische aspecten (NPCF). Er is sinds 2007 dan ook een aantal rechtszaken gevoerd tegen het CBG. De indeling door het College wordt in hoorzittingen regelmatig ter discussie gesteld. Hierdoor zijn soms wijzigingen doorgevoerd. Het CBG geeft aan veel energie gestoken te hebben in overleg met de sector en heeft bijvoorbeeld hoorzittingen met het veld georganiseerd. Dit heeft niet geresulteerd in minder of andere procedures of rechtszaken. De rechter had bij een aantal rechtszaken twijfel of het CBG wel voldoende beargumenteerd had waarom bepaalde besluiten genomen werden. De KNMP vindt dat het CBG transparanter moet zijn over de besluitvorming bij zelfzorg dan bij receptgeneesmiddelen, want fabrikanten willen dat de mening wordt onderbouwd. Neprofarm vindt het daarom terecht dat de rechter heeft gesteld dat het College een motiveringsplicht heeft. Het CBG geeft aan dat bij de uitvoering van de wet transparantie inderdaad belangrijk is. Aangezien bij de afweging veel verschillende inhoudelijke factoren meespelen die elk op hun eigen manier worden gewogen en ook nog eens verschillen per type geneesmiddel is het echter lastig om de inhoudelijke afwegingen transparant te maken. Daarentegen is het proces eenvoudig transparant te maken, aldus het College zelf. Maar het blijft uiteindelijk wel het College dat beslist. Het CBG kan gemaakte keuzes heroverwegen maar uitsluitend op basis van nieuwe feiten, niet uitsluitend op grond van argumenten. Het gaat bij heroverwegingen om inzichten over het risico. Dit is bijvoorbeeld gedaan bij de NSAID's. Hierbij zijn bepaalde verpakkingsgroottes en sterktes UA geworden.

Leerproces

Het CBG geeft aan al met al een enorm leerproces te hebben doorgemaakt. De Geneesmiddelenwet werd zonder overgangperiode geïntroduceerd. Maar het systeem is overeind gebleven tot aan de rechter en juridisch gezien is het nu voldoende uitgekristalliseerd. Er is acceptatie dat er een CBG is dat de beslissingen neemt. De uitspraak van de Raad van State inzake *dextromethorfan* is in deze belangrijk geweest. Hierin werd de wettelijke opdracht van het College namelijk erkend.

5.2.4 Gevolgen voor gebruik en veiligheid

In aanvulling op de cijfers die in hoofdstuk 4 gepresenteerd werden, is ook aan de geïnterviewde partijen gevraagd wat volgens hen de effecten waren van de herziene indeling van zelfzorggeneesmiddelen (en de ruimere verkrijgbaarheid). Hierbij is zowel gevraagd naar het effect op het gebruik als naar het effect op de veiligheid.

Gebruik

Een aantal partijen geeft aan geen indicatie te hebben dat het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen na de herziene indeling is gestegen (CBG, Consumentenbond, IGZ, KNMP). Het CBL, Neprofarm en het CBD geven aan dat er een stijging is in het aantal verkochte zelfzorggeneesmiddelen. Het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel baseert dit op de omzetcijfers in de supermarkten. Neprofarm licht toe dat de verkoop van paracetamol in grote verpakking bij drogisten is gestegen en die van kleine verpakkingen licht is gedaald en dat in supermarkten de verkoop is gestegen (periode 2007-2008, cijfers IMS, zie ook hoofdstuk 4). Ook het CBG signaleert een stijgende trend in de verkoop van grotere verpakkingen bij de drogisterijketens. Evenals de KNMP en de NPCF refereert het CBG hierbij aan de invloed van reclame door de industrie.

Veiligheid

Een aantal partijen geeft aan geen signalen te hebben ontvangen over negatieve effecten door de herziene indeling van zelfzorggeneesmiddelen (CBG, CBL, Consumentenbond, IGZ, Neprofarm). De NPCF en het CBD denken dat er wel effecten zijn. De KNMP spreekt zich niet uit. Vrijwel alle partijen houden echter een slag om de arm bij hun mening. Ze verwijzen hierbij naar het gebrek aan goede gegevens over veiligheid. De IGZ geeft aan dat bij meldingen van calamiteiten aan de IGZ zelfzorggeneesmiddelen geen rol spelen.¹⁵ De IGZ heeft zelf geen instrumenten om de veiligheid goed te monitoren. Wel ziet de IGZ een groeiende aandacht voor de risico's van zelfzorg in het algemeen. Bij bezoeken aan de Spoed Eisende Hulp (SEH) wordt bijvoorbeeld steeds vaker gevraagd of men zelfzorggeneesmiddelen heeft gebruikt. Ook bij medicatie-overdracht wordt ernaar gevraagd en apotheken registreren het gebruik steeds vaker.

De KNMP geeft aan dat het lastig is om cijfers boven tafel te krijgen. De KNMP kent alleen registraties van spontane meldingen zoals via LAREB en IVM. Echter lang niet alles wordt gemeld. Ook het CBG verwacht dat er onderrapportage is. Indien er al meldingen zijn, is het aantal te klein om er conclusies uit te kunnen trekken. Daarom vindt de KNMP gericht onderzoek noodzakelijk om iets te kunnen zeggen over de gevolgen voor de veiligheid. Het Centraal Bureau Drogisterijen verwijst hierbij naar het buitenland, waar verspreid door de tijd wel veel onderzoek is gedaan naar het effect van het vergroten van de verkrijgbaarheid. Deze onderzoeken laten zien dat het vergroten van de verkrijgbaarheid leidt tot verminderd besef bij consumenten over risico's. Dit ligt dan vooral in uitbreiding van het aantal verkooppunten (met name bij vrije verkoop) en niet

¹⁵ Toen de wet in 2007 in werking trad, heeft de IGZ overwogen een project op dit onderwerp te doen. Echter, dit zou een zeer kostbare zaak zijn geworden. Er zijn weinig bruikbare registraties. Daarnaast scoorde het onderwerp laag bij de risico-inschatting.

zozeer in het aanbieden van grotere verpakkingen. Volgens Neprofarm is het de vraag of grote verpakkingen een verhoogd risico opleveren. Neprofarm geeft wel aan dat van heel grote verpakkingen een verkeerd signaal uitgaat. Daarom zijn de verpakkingen van AV-middelen ook gemaximeerd. Het CBG merkt in het verlengde hiervan op dat het imago van een middel belangrijk is. Als je iets aanmerkt als AV-middel krijgt het middel snel een bepaald imago, dat van veiligheid.

Het CBD geeft aan dat het verminderd besef over risico's bij consumenten gevolgen kan hebben voor de veiligheid. Behalve het eerder genoemde internationaal onderzoek wijzen ook cijfers van het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) die kant op. De cijfers over paracetamol in relatie tot vergiftigingen zoals gepresenteerd in hoofdstuk 4 worden in de interviews ook genoemd. Over de interpretatie van de gegevens bestaat verschil van mening tussen partijen. Het CBD constateert dat er met name een relatie is tussen de groei in omzet van paracetamol in de vrije verkoop en het aantal vergiftigingen. Het IGZ kent de trend, maar weet niet of deze trend getoetst is: is er echt een trendbreuk of is het een voortzetting van de toch al stijgende lijn die hierin te zien was? Neprofarm kent ook de discussie over de toename van het aantal vergiftigingen door paracetamol ingebracht door het CBD, maar geeft aan dat de minister dit heeft weersproken.

5.2.5 Kennis van consumenten

In voorgaande is gesproken over de effecten van de herziene indeling op gebruik en veiligheid. In dit alles speelt de consument uiteraard een centrale rol. De consument besluit tot aanschaf en gebruikt de zelfzorggeneesmiddelen. Een aantal partijen signaleert een tekort aan kennis bij consumenten of vindt in elk geval dat consumenten beter geïnformeerd moeten worden over mogelijke risico's (CBD, CBG, Consumentenbond, KNMP, NPCF). Het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel neemt een afwijkend standpunt in en denkt dat consumenten voldoende kennis hebben om zelfzorg-geneesmiddelen veilig toe te passen. Daar waar consumenten onvoldoende kennis hebben zijn er voldoende kanalen om deze kennis alsnog te verzamelen.

Het CBG geeft aan zich te realiseren dat consumenten zelfzorggeneesmiddelen niet altijd volgens de bijsluiter gebruiken. Dit terwijl het CBG bij de beoordeling van de kanalisatie van geneesmiddelen de bijsluiter als uitgangspunt heeft genomen. Daarom heeft het College altijd geadviseerd om een bredere beschikbaarheid van zelfzorgmiddelen gepaard te laten gaan met brede publiekscampagnes. Dit om consumenten goed te informeren over zelfzorggeneesmiddelen en om bewustwording te creëren over de wijze waarop dergelijke middelen veilig gebruikt kunnen worden. De risico's zijn bij AV-middelen weliswaar bijzonder klein, maar ze zijn nooit geheel afwezig. De belangrijkste boodschap die het College hierbij wil overbrengen, betreft de duur van het gebruik. Zelfzorg-geneesmiddelen zijn altijd voor kortdurend gebruik. Bij langdurig gebruik kan de balans tussen risico's en baten anders uitvallen en bovendien kan dat leiden tot ongewenst uitstel van noodzakelijke medische hulp. De KNMP heeft eveneens publiekscampagnes (en andere vormen van communicatie) geadviseerd aan VWS ook als tegenwicht tegen de reclame van zelfzorggeneesmiddelen op tv. De KNMP wijst daarnaast op het feit dat er een aanzienlijk aantal functioneel analfabeten is in Nederland.

Het Centraal Bureau Drogisterijen, de KNMP en de Consumentenbond beamen dat de bijsluiter alleen onvoldoende is. De bijsluiter wordt pas geraadpleegd als het echt nodig is. Vaak is er ook niets aan de hand bij het gebruik en gaat het goed. Hierdoor staan consumenten niet stil bij zaken die wellicht mis kunnen gaan en groeit er ook geen besef dat dit zou kunnen gebeuren. Het CBD wijst – mede na consultatie van voorlichtingskundigen – op het belang van mondelinge naast schriftelijke informatie, vooral omdat deze op het moment van aankoop gegeven kan worden. Dat is immers het moment waarop consumenten vooral geïnteresseerd zijn in informatie. De Consumentenbond is het hiermee eens. Op moment van aankoop moeten drogist of apotheker vragen stellen om de consument gericht informatie te kunnen geven. Informatieverstrekking draagt in deze bij aan patient empowerment (CBD). Neprofarm wijst in dit kader erop dat de drogist zich een rol heeft aangemeten als hoeder van de consument en vindt dit een onderschatting van de consument.

Het CBD heeft onlangs een enquête laten doen onder consumenten door TNS-NIPO en vertelt de voorlopige bevindingen. Deze cijfers laten zien dat bijna alle consumenten (97%) denken dat paracetamol veilig tot zeer veilig is. Voor ibuprofen ligt dat op 70%. Dit verschil is volgens het CBD deels te verklaren zijn door de kanalisatie: ibuprofen was tot maart 2010 volledig gekanaliseerd, terwijl dat voor paracetamol al medio 2007 niet meer gold.

De KNMP vindt dat consumenten niet alleen moeten weten hoe het middel werkt maar ook het juiste middel voor de juiste kwaal moeten kunnen kiezen. Kan een consument bijvoorbeeld zelf hooikoorts diagnosticeren? Het CBG geeft eveneens aan dat de context waarin het zelfzorggeneesmiddel wordt gebruikt van belang is: wie zullen een middel gaan gebruiken, is er bij deze patiënten kans op interacties met andere geneesmiddelen en zo ja, worden deze elders in het gezondheidszorgsysteem voldoende opgevangen? Hiermee is het het CBG steeds duidelijker geworden dat een integrale benadering van het probleem nodig is.

De NPCF geeft aan dat goed gebruik begint met het besef dat medicijnen gewenste, maar ook ongewenste effecten kunnen hebben. De NPCF wijst daarnaast op de veranderde houding ten aanzien van deze middelen. Vroeger was de houding: “medicijnen zijn geen snoepjes”. Dat is nu minder.

5.3 Rol drogisterij

5.3.1 Invulling van de rol zoals geformuleerd in de Geneesmiddelenwet

Centraal Bureau Drogisterijen

Volgens het CBD rust er een duidelijke wettelijke verantwoordelijkheid op de drogist. De nieuwe Geneesmiddelenwet kent de drogist een belangrijke rol toe bij de voorlichting. De eis van verantwoorde zorg die in de Geneesmiddelenwet aan de drogisterijen (of andere winkels die UAD-geneesmiddelen via een drogist verkopen) wordt gesteld is expliciet ontleend aan de wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Er worden ook nog andere expliciete eisen gesteld aan de drogist als het gaat om verantwoorde zorg. Zo mogen alleen drogisten en assistent-drogisten adviezen geven over UAD-middelen en ongediplomeerd personeel niet meer, moet er altijd een drogist aanwezig zijn in een drogisterij (36 uur) en moet deze ook toezicht houden op de verkoop. Ook moeten er altijd voldoende drogisten en assistent-drogisten op de werkvloer aanwezig zijn.

Een verschil met de wet BIG is dat de Geneesmiddelenwet al een stuk invulling geeft aan de praktijk. Zo staat in de Geneesmiddelenwet dat er bij UAD- en UA-geneesmiddelen informatie gegeven moet worden, tenzij de consument daar geen behoefte aan heeft. Maar om te weten of de consument geen behoefte aan informatie heeft, zul je dat toch ten minste moeten vragen. Het CBD geeft daarom aan de kassacheck erg belangrijk te vinden. Hierbij stelt de drogist aan de klant die een zelfzorggeneesmiddelen koopt, de vraag: “wilt u nog iets vragen over het geneesmiddel?”. Hiermee worden de klanten geselecteerd die behoefte hebben aan een persoonlijk advies. Nu de kassacheck steeds vaker plaatsvindt, gaat het CBD meer inzetten op het combineren van de kassacheck met ongevraagde advisering bij risicovolle aankopen.

Overige partijen

Verschillende geïnterviewde partijen hebben kritiek op de manier waarop de drogist in de praktijk zijn rol inzake zelfzorggeneesmiddelen invult (Consumentenbond, NPCF, CBL, Neprofarm, KNMP), al erkent men breed dat het CBD als koepel veel inspanningen pleegt om tot verbeteringen te komen (zie hieronder). De Consumentenbond vindt dat de drogisterij de eisen die de wet stelt in de praktijk te beperkt invult en constateert een spanningsveld tussen de rol in de wet en het commerciële belang dat een drogist ook heeft. Daarbij komt dat de kassacheck niet werkt als er nog “meer mensen in de rij bij de kassa staan. Er is dan onvoldoende sprake van privacy. Onderzoeken van de Consumentenbond laten, ook volgens de NPCF en Neprofarm, zien dat de drogist zijn informatiefunctie nog lang niet altijd waarmaakt. Drogisten doen wel vaker dan apothekers een kassacheck, maar nog steeds te weinig (Neprofarm). Ook de zogenaamde WASA-vragen¹⁶ worden

¹⁶ WASA staat voor de volgende vragen: 1) Wie heeft de klacht; 2) Aard van de klacht 3) Sinds wanneer bestaat de en 4) Al aan gedaan (wat heeft men zelf al gedaan)

lang niet altijd gesteld. Het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel geeft dat in de praktijk bij UAD-geneesmiddelen geen advies wordt verstrekt en dat consumenten vaak ook geen informatie willen. Neprofarm, en de NPCF geven ook aan dat consumenten lang niet altijd informatie willen, waardoor het in de praktijk heel vaak niet nodig is om alle WASA-vragen te stellen.

De Consumentenbond en de KNMP geven aan dat het CBD veel inspanningen pleegt en het onderwerp duidelijk op de agenda heeft staan. Maar de uitvoering in de praktijk is niet optimaal. Verbetering in de dagelijkse praktijk ligt volgens de KNMP vooral in de aanwezigheid van meer deskundigen (drogist, assistent-drogist) in de drogisterij. De NPCF heeft het idee dat kwaliteit van de medewerkers bij de drogist vaak niet goed is.

Het CBL stelt dat waar de wet onderscheid maakt tussen de drogist en de supermarkt de consument dat niet doet. Het CBL denkt dat veel consumenten niet weten welke middelen bij de supermarkt en welke bij de drogist verkocht worden. Als gevolg meent het CBL dat het beter is alleen een onderscheid te maken tussen AV- en UA-middelen (zie ook paragraaf 5.2). Het CBL ziet geen meerwaarde voor de drogist bij de verstrekking van UAD middelen. De KNMP vindt niet dat de UAD-categorie moet worden afgeschaft. Echter, de drogisterij moet indien nodig wel doorverwijzen naar de apotheek. De KNMP vermoedt dat dit niet altijd gebeurt. Ook Neprofarm ziet toegevoegde waarde van de drogist. De Geneesmiddelenwet heeft hierbij een rol gespeeld. De wet waarborgt het recht van de consument om goed advies te krijgen en daar wordt door drogisten steeds beter invulling aan gegeven. Wel zouden de drogisten actiever advies aan kunnen bieden dan ze nu doen. De drogist kan mensen steunen bij het kiezen van het goede middel. Veel consumenten kopen slechts incidenteel zelfzorggeneesmiddelen en dat maakt dat het soms moeilijk keuzes maken is. Dan krijgen consumenten graag hulp en die kan de drogist ze bieden.

5.3.2 Kwaliteit i.h.b. certificering

Centraal Bureau Drogisterijen

Het CBD heeft normen voor certificering ontwikkeld. Deze normen moeten gezien worden als een nadere invulling door de drogisterijsector van de wettelijke norm van verantwoorde zorg. Het CBD verspreidt deze normen actief onder haar leden. Het CBD ziet ook toe op de naleving daarvan. In 2006 zijn – vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet – de certificeringseisen voor drogisterijen aangescherpt.

Certificering gebeurt op vrijwillige basis. De certificeringsgraad onder drogisterijen stijgt duidelijk na 2007. De bestuursleden van het CBD hebben zich verbonden om 100% te certificeren, wat betekent dat 99% van de hele sector zich gecommitteerd heeft (inclusief alle grote ketens). Dit leidt tot een toename van het aantal gecertificeerde drogisterijen. Het draagvlak voor certificering is dus groot in de sector. Dit blijkt ook uit het feit dat toen de tarieven voor certificering verhoogd werden, iedereen akkoord was. Men wil graag exclusiviteit als het gaat om zelfzorggeneesmiddelen en is bereid daarin te

investeren. Kleine winkels van zelfstandige drogisten vinden het moeilijk aan de eisen te voldoen. Vaak zijn het winkels waarvan de continuïteit niet verzekerd is. Een groot deel van de zelfstandigen is echter wel gecertificeerd.

Om te kijken of drogisten voldoen aan de certificeringseisen doet het CBD audits. Als een drogisterij niet aan de eisen voldoet krijgt men (afhankelijk van de afwijking) drie of zes maanden om verbeteringen door te voeren. Wanneer men daarin niet slaagt, wordt het certificaat ingetrokken. In 2009 zijn 91 certificaten ingetrokken, in 2008 waren dat er 150. Op geaggregeerd niveau kan daarnaast gekeken worden naar de prestaties op verschillende eisen (bijvoorbeeld is er al dan niet voldoende toezicht in de drogisterij). Deze informatie gebruikt het CBD als sturingsinformatie, om bepaalde dingen aan te scherpen en bij te sturen.

Om toe te zien dat bedrijven zich aan de normen houden en goed advies, zou het CBD graag verantwoord trendmatig mystery guest onderzoek willen doen. Tot nu toe is dat echter nog niet gelukt. Goed mystery guest onderzoek doen, is erg moeilijk. Het CBD heeft dan ook kritiek op de eerdere onderzoeken die de Consumentenbond heeft gedaan, onder andere vanwege het gebruik van een ongeschikte casus. Het CBD is overigens ook niet tevreden over het eigen onderzoek in deze. Voor goed mystery guest onderzoek zou een mandje met meerdere relevante casussen moeten worden samengesteld die samen een echt representatief beeld geven. Zo'n trendmatig onderzoek is belangrijk om de certificering te verbeteren. Daarnaast is het CBD op zoek naar manieren om de output te meten om zo de opleidingen te kunnen verbeteren.

Om te voorkomen dat het CBD het verwijt gemaakt kan worden dat het zijn eigen vlees keurt, onderwerpt het CBD zijn certificeringsactiviteiten aan de norm EN 45011 en heeft het CBD accreditatie aangevraagd en verkregen bij de Raad voor Accreditatie (RvA). Het CBD moet zich aan de eisen van de RvA houden, anders verliest het zijn accreditatie. De RvA toetst elk jaar middels een uitgebreide audit de uitvoering van het certificeringssysteem van het CBD. Daarnaast heeft het CBD een Raad van Toezicht in het leven geroepen. Deze Raad benoemt zichzelf en houdt toezicht op de wijze waarop het CBD certificeert. De Raad bestaat uit onafhankelijke deskundigen.

Volgens het CBD wordt wanneer drogisterijen dankzij massale certificering hun plicht om verantwoorde zorg te leveren waarmaken, het beste van twee werelden gecombineerd. Aan de ene kant is er een fijnmazig net van verkooppunten op toegankelijke plaatsen (drogisterijen, apotheken en supermarkten met geneesmiddelenbalies) en de daarmee gepaard gaande (prijs)concurrentie bij zelfzorggeneesmiddelen. Aan de andere kant is kwaliteit van de advisering en het toezicht bij het ter hand stellen zoals geregeld in de wet.

Overige partijen

Andere partijen erkennen dat het CBD veel inspanningen pleegt op het gebied van certificering (Consumentenbond, KNMP, Nprofarm, NPCF). Wel vinden al deze partijen dat het systeem nog niet altijd werkt in de praktijk. Nprofarm geeft aan dat de drogisterijsector zich hard inspannt om voldoende goed opgeleid personeel in de sector te

krijgen. Volgens de NPCF pakken ketens de certificering steeds meer op en committeren zich aan veiligheid. Een aantal zelfstandige drogisten blijft echter achter.

5.3.3 Controle en toezicht

Inbreng CBD en IGZ

Een zorgpunt voor het CBD is de controle van bedrijven die niet gecertificeerd zijn: hoe controleer je of het wel aan de eisen van de wet voldoet? Het CBD vindt dat de overheid daartoe meer toezicht zou moeten houden. De IGZ geeft aan geen toezicht meer te houden op drogisten. Zo'n 20 jaar geleden had de IGZ wel een team dat drogisten bezocht. Zo mocht een drogisterij alleen open zijn als er een gediplomeerde drogist aanwezig was. Door de verruiming van de openingstijden is dat losgelaten. De IGZ is wel stevig blijven ijveren voor de aanwezigheid van een gediplomeerd drogist in elke drogisterij. Vanwege een lage prioriteit bij de risico-inschattingen heeft de IGZ dit uiteindelijk laten vallen. De IGZ had destijds bovendien het idee dat de aanwezigheid van een drogist weinig zou toevoegen aan de veiligheid van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen.

Naast de IGZ heeft ook de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) de bevoegdheid om toe te zien op de Geneesmiddelenwet (waar het drogisten en supermarkten betreft). De IGZ werkt daarom samen met de VWA in deze. Ook de drogisterijsector zelf doet volgens de IGZ duidelijk aan toezicht. Zelf voert de IGZ geen pro-actief beleid meer in deze sector. De IGZ gaat wel achter meldingen aan als die er zijn. De laatste jaren is er geen stijging in het aantal meldingen. Meldingen gaan bijvoorbeeld over de verkoop van UR en/of UA-middelen in de drogist (zonder dat de drogist zich hier overigens altijd bewust van is). Het CBD geeft aan deze meldingen te doen, maar zegt dat er in deze niet gehandhaafd wordt. Het CBD zegt daarnaast heel goed aan te kunnen geven waar en bij welke drogisten de problemen zitten. De IGZ zou op basis van deze informatie heel gericht kunnen handhaven. Dit gebeurt echter niet. Het CBD vindt dat er een minimaal niveau van handhaving zou moeten zijn: er zou toezicht op het toezicht moeten zijn. Het CBD vindt bovendien dat de overheid op verschillende niveaus zou moeten kijken of de sector doet wat ze moet doen. In de eerste plaats is dat het systeemniveau: zijn er normen geformuleerd en procedures vastgesteld voor de invulling van verantwoorde zorg en zijn die inhoudelijk adequaat? In de tweede plaats is dat het proces: worden de normen en procedures geïmplementeerd. Tot slot moet men kijken naar de uitkomst: wat zijn de risico's? Bij het bepalen van de risico's moet men uitgaan van het *best available evidence* en in het geval van twijfel altijd de veiligheid laten prevaleren.

Overige partijen

Op de vraag aan de overige partijen wie de wet zou moeten handhaven, wordt geantwoord dat hiervoor een rol is voor zowel de overheid (Consumentenbond, Neprofarm, NPCF) als de drogisterijsector zelf (Consumentenbond, KNMP). De KNMP ziet geen rol weggelegd voor IGZ. Het onderwerp heeft volgens de KNMP daar niet de hoogste prioriteit. Bovendien komt de IGZ pas in actie bij voldoende meldingen en niet preventief. Neprofarm en de NPCF vinden beiden dat de IGZ toezicht moeten houden op

de handhaving van de wet. Dit omdat de drogisten de wettelijke plicht tot advisering hebben (Neprofarm). Zij bevestigen het beeld dat de IGZ momenteel niets aan handhaving doet, maar het CBD zelf wel. De NPCF vindt dat de IGZ meer met de bedrijfstak zou kunnen overleggen en samenwerken.

5.4 Rol apotheek

Door de introductie van de UA-categorie is er een groep zelfzorggeneesmiddelen die alleen in de apotheek verkocht mag worden. Het betreft een relatief kleine groep geneesmiddelen. Voor deze middelen is medicatiebewaking nodig.

Invulling van de rol die de wet aan de apotheek toebedeelt

De KNMP meent dat de apotheker dat wat in de wet gevraagd wordt ook waar kan maken, al is het onder bepaalde voorwaarden. Vroeger was er voldoende marge op receptgeneesmiddelen om assistenten extra aandacht te laten besteden aan zelfzorggeneesmiddelen, waar gezien de relatief lage prijzen nauwelijks tot niet aan verdiend wordt. Nu is het inkomen van apothekers uit receptgeneesmiddelen lager en is dit lastiger. De KNMP merkt daarnaast op dat de apotheker bij UA-middelen de rol van de huisarts (beoordeling of de medicatie mogelijk is) overneemt. Dit zou terug moeten komen in de marges. Producten die van receptgeneesmiddel (UR) naar UA gaan zijn vaak relatief duur en hebben een relatief hoge marge, waardoor meer tijd aan informatie besteed kan worden. Dit is anders wanneer een product van UAD naar UA gaat. De marges op het product zijn dan klein (zoals bij domperidon) en niet gebaseerd op het verstrekken van uitgebreid advies.

De KNMP denkt dat er verschillen zijn tussen apotheken in de manier waarop zij omgaan met de informatievoorziening rondom UA-middelen, maar de precieze verschillen zijn niet bekend bij de KNMP.

Vrijwel alle partijen vinden dat de apotheker de kennis en deskundigheid heeft om goede begeleiding te bieden, maar dat dit in de praktijk nog wel te kort schiet (NPCF, Consumentenbond, IGZ, CBL, Neprofarm). De NPCF vindt dat de apothekers een grotere verantwoordelijkheid hebben dan de drogist en het aan hun stand verplicht zijn hun rol goed in te vullen. De apotheek krijgt veel meer chronisch zieken en ouderen binnen. Dat biedt ook mogelijkheden voor de apothekers bijvoorbeeld om het medicatiedossier van deze kwetsbare groepen compleet te maken met zelfzorggeneesmiddelen. Evenals de drogisterijsector is de apotheeksector (KNMP) zeker met het onderwerp bezig, aldus de NPCF. Maar ook hier geldt, net als bij de drogisten, dat het niet volledig landt in de praktijk. Zo is informatievoorziening bij de verstrekking van zelfzorggeneesmiddelen nog te weinig een onderdeel van de dagelijkse gang van zaken. Ook de Consumentenbond geeft aan dat er nog wel een en ander verbeterd kan worden. Dit bleek ook uit een onlangs gehouden mystery guest onderzoek, waarin bijvoorbeeld niet naar de medicatiehistorie van een patiënt werd gevraagd, terwijl de casus daar wel om vroeg. Volgens de Consumentenbond vult de apotheek zijn rol bij UAD-middelen wel beter in

dan de drogist, maar is er wel een cultuurverandering nodig. Apothekers moeten vooral de taak van zorgverlener op zich nemen en niet die van winkelier.

De IGZ vindt dat bij UA-middelen de begeleiding door de apotheek goed loopt, maar voor UAD en AV-middelen is het lastiger. Het CBD sluit zich bij dit laatste aan en geeft aan de kwaliteit van de drogist en van de apotheek bij UAD-middelen gelijkwaardig te vinden.¹⁷ Het CBD geeft aan dit niet vreemd te vinden als men bedenkt dat meer dan 90% van de zelfzorgadvisering in de apotheek gebeurt door de apothekersassistent die een vergelijkbaar opleidingsniveau heeft als de drogist (MBO-4), waarbij de drogist meer gespecialiseerde kennis heeft van zelfzorggeneesmiddelen. Het CBD twijfelt of de bij UA-middelen noodzakelijke medicatiebewaking wel altijd gebeurt. Het CBD denkt dat het ook verschilt per middel. De KNMP beaamt dat niet alle assistenten consequent genoeg zijn bij het verstrekken van informatie en de medicatiebewaking rondom UA-middelen. Dit is niet goed en de KNMP meent dan ook dat apothekers alle assistenten goede instructies moeten geven. Overigens heeft het vermageringsproduct Alli volgens de KNMP een belangrijke rol gespeeld in de bewustwording rondom UA-middelen bij apothekers. De KNMP heeft hierbij de apothekers gewezen op het belang van het registreren op naam van dit product in verband met de medicatiebewaking.

Volgens Neprofarm zijn apothekers de aangewezen personen om bepaalde taken van de huisarts over te nemen. Uit onderzoek van Neprofarm blijkt dat 3 op de 10 bezoeken aan de huisarts zogenaamde huis-tuin-en-keukenklachten zijn die goed met zelfzorg-geneesmiddelen te behandelen zijn. Dit deel van de zorg kan worden verplaatst van de huisartspraktijk naar de apotheek. De rol van de apotheker kan nog verder worden uitgebreid door van een aantal huidige receptgeneesmiddelen UA-middelen te maken. Dat zou de kwaliteit van de geneesmiddelenverstrekking ten goede komen. Wat betreft de UAD-middelen merkt Neprofarm op dat drogisten een lagere drempel hebben dan apothekers. Onderzoek van de Consumentenbond laat ook zien dat de apotheek de adviesfunctie bij UAD middelen net als de drogist niet altijd waarmaakt.

Inspanningen KNMP

De KNMP heeft verschillende tools rondom zelfzorggeneesmiddelen ontwikkeld voor apothekers. Ten eerste is er voor elk UA-middel een UA-standaard beschikbaar. Daarnaast is er voor apothekers en assistenten een vragenlijst (digitaal en schriftelijk) die ze bij patiënten kunnen afnemen. Ook is er een kennistest voor assistenten en er is 1^e uitgifte informatie voor UA middelen beschikbaar. Volgens Neprofarm worden de vragenlijsten die in het kader van die protocollen moeten worden ingevuld door de consument wel eens als belemmerend ervaren. Korte varianten zouden hierbij kunnen helpen, zeker omdat consumenten bij sommige UA middelen ook kunnen uitwijken naar andere producten waar helemaal geen regels voor gelden.¹⁸ Dit gaat bijvoorbeeld gelden

¹⁷ Dit bleek volgens het CBD ook uit een van de weinige goede mystery guest onderzoeken (Consumentenbond 1999). *Gecertificeerde* drogisten deden daarin niet onder voor apotheken, zij deden het zelfs iets beter. Ook in het laatst gepubliceerde mystery guest onderzoek was er weinig verschil (waarbij bovendien sprake was van een casus die niet geschikt was voor het meten van de kwaliteit van advisering over zelfzorggeneesmiddelen; zie hiervoor).

¹⁸ Als voorbeeld noemt Neprofarm het UA-middel hypericum (st Janskruid) dat ook als voedingssupplement is te verkrijgen.

voor NSAIDs. Deze middelen zijn in verschillende doseringen en verpakkingsgroottes in verschillende categorieën ingedeeld waardoor de consument kan uitwijken naar een andere categorie dan UA.

Handhaving en toezicht

Op de vraag in hoeverre de KNMP iets doet aan handhaving, antwoordt de KNMP dat als ze weten dat het ergens niet goed gaat er iets aan gedaan wordt (bijvoorbeeld de betreffende apotheek aanspreken). Daarnaast geeft de KNMP aan dat apothekers inzicht gaan krijgen in de SFK-cijfers om ze op deze manier een spiegel voor te houden. De KNMP streeft, evenals het CBD in de drogisterijsector, naar grootschalig mystery guest onderzoek.

De NPCF en de Consumentenbond zien beiden een rol weggelegd voor de IGZ als het gaat om het toezicht op de vraag of de apotheek de rol zoals vastgelegd in de wet vervuld. De IGZ zou meer toe moeten zien, juist vanwege het feit dat bij de apotheek de kwetsbare groepen patiënten komen (NPCF). De NPCF ziet daarnaast ook voor andere partijen een rol weggelegd in het toezicht. Verzekeraars zouden dit voor een deel kunnen doen via hun algemene inkoop. Ook patiëntenorganisaties kunnen apotheken op hun werk aanspreken. De Consumentenbond vindt dat het belangrijk is te zorgen dat apothekers zich aan de eisen houden middels sancties door middel van een vergunningsstelsel. De Inspectie moet meer toezien, want als niemand toeziet is er ook geen belang om de eisen uit te voeren. De IGZ geeft aan dat wanneer er meldingen over de apotheek inzake zelfzorg-geneesmiddelen bij de IGZ zouden binnenkomen, het incidententoezicht hierop zou worden ingezet. Echter, er komen geen meldingen in deze binnen. De IGZ wijst er ook op dat er een vorm van preventief toezicht aankomt. In de nieuwe indicatorenset van Zichtbare Zorg voor apothekers is namelijk een indicator opgenomen over medicatiebewaking bij zelfzorggeneesmiddelen (IGZ). Er wordt gevraagd of men een werkafspraken hierover heeft en de mate waarin de werkafspraken – indien aanwezig – wordt nageleefd.

UA-tarief

Apothekers mogen kosten berekenen voor het verstrekken van zelfzorggeneesmiddelen: het zogenaamde UA-tarief. Consumenten krijgen dit tarief niet vergoed. Uit een enquête van de KNMP blijkt dat de helft van de responderende apothekers nog niet van dit tarief gehoord had (zie ook: Luinenburg 2010). Van degenen die er wel over gehoord hadden, gebruikte slechts 6% dit tarief. Neprofarm signaleert ook dat het merendeel van de apotheken het UA-tarief niet hanteert. Dit omdat de apotheek zich in dat geval uit de markt prijst bij de goedkopere middelen. Bij duurdere middelen is het UA-tarief niet nodig, omdat er voldoende marge op het product zit.

5.5 Afschaffing toonbankverplichting

In 2002 werd de toonbankverplichting afgeschaft. Volgens de Consumentenbond was meer keuzevrijheid voor de consument hier de aanleiding voor. In die zin was het een

tussenstap in het proces naar vrije verkrijgbaarheid (Neprofarm). Daarbij was een achterliggende reden dat mensen zich beter kunnen informeren wanneer de middelen voor de toonbank liggen (KNMP, Neprofarm). De toonbankverplichting is als eerste in Scandinavië afgeschaft met juist dit idee: het stimuleren van de adviesvraag van de consument. Wanneer middelen voor de balie staan, kunnen patiënten namelijk zien wat zij kiezen. Dat is veel minder het geval wanneer alles achter de balie ligt. Het CBD was geen voorstander van het feit dat alle middelen in de schappen zouden mogen en pleitte voor begeleidende maatregelen zoals een adviesplicht. Door zelfzorggeneesmiddelen achter de toonbank te houden, wordt namelijk automatisch een contactmoment gecreëerd tussen koper en verkoper. Met ondermeer een adviesplicht kan zo'n automatisch contactmoment ook voor de toonbank afdwongen worden, zo was destijds de gedachte van het CBD. Resultaten van een TNS-NIPO onderzoek recentelijk uitgevoerd in opdracht van het CBD laten zien dat klanten bij verkoop over de toonbank 2,5 keer vaker om advies vragen dan bij zelfbedieningsverkoop. Het aantal ongevraagde adviezen in de drogisterij blijkt onverwacht hoog te liggen. Dat geldt zowel voor drogisterijen die uit de schappen verkopen als voor drogisterijen die over de toonbank verkopen.

Het CBD ontwikkelde naar aanleiding van de afschaffing van de toonbankverplichting de *Code Zelfbediening*. Deze code besteedt onder andere aandacht aan de zogenaamde kassacheck en aan de rol van de drogist en assistent-drogist bij zelfbediening. Sindsdien zijn er meer drogisten overgegaan op het aanbieden van zelfzorggeneesmiddelen in de schappen, zeker de ketendrogisten (Neprofarm). Neprofarm schat dat ruwweg tweederde van de drogisten middelen voor de toonbank heeft liggen. Ook bij apotheken neem komen zelfzorggeneesmiddelen steeds vaker voor de toonbank te liggen, vooral bij de apotheekketens (Neprofarm, KNMP).

Er zijn inmiddels stemmen opgegaan om de toonbankverplichting opnieuw in te voeren. Derhalve is in de interviews gevraagd hoe partijen hier tegenover staan. De interviews bevestigen het beeld van de Raad van State dat er geen aanwijzingen zijn voor onveilig gebruik van UAD-middelen en onvoldoende informatievoorziening als gevolg van afschaffing van de toonbankverplichting. De geïnterviewde partijen zijn over het algemeen weinig enthousiast over de herinvoering van de toonbankverplichting. Men vindt het een stap terug in de tijd (CBL, Neprofarm). Neprofarm geeft aan herinvoering van de toonbankverplichting een miskennis van de autonomie van de patiënt te vinden. Wanneer zelfzorgmiddelen in de schappen liggen kan de consument de verpakking lezen waarop staat waarvoor het middel is en wanneer het niet gebruikt mag worden. Daarnaast heeft Neprofarm bijvoorbeeld ook een I-phone applicatie ontwikkeld waarop bijsluiters te raadplegen zijn.¹⁹ Ook de Consumentenbond en de NPCF wijzen op de rol van ICT bij het informeren van consumenten in de winkel en het feit dat mensen zich hiermee – ook in de winkel zelf – uitstekend kunnen informeren. Privacy is een ander belangrijk onderwerp. Wanneer mensen zelf producten uit de schappen kunnen pakken, is de privacy groter (Consumentenbond), zeker bij taboegerelateerde onderwerpen (Neprofarm). Gerelateerd hieraan vindt de IGZ dat informatievoorziening niet achter de

¹⁹ Dit betreft overigens alleen de zelfzorgmiddelen die door bij Neprofarm aangesloten fabrikanten in de handel worden gebracht. Van veel merkloze varianten zijn de bijsluiters niet via deze applicatie te raadplegen.

kassa moet plaatsvinden, omdat de wachtrij de informatievoorziening beïnvloedt. Zowel de KNMP als het CBD wijzen daarnaast op investeringen die apotheken en drogisten hebben gedaan om te verbouwen.

Het CBD begrijpt overigens de gedachtegang achter de herinvoering van de toonbankverplichting, maar vindt dat eerst inzicht verkregen moet worden in de effecten van de afschaffing ervan. Verder moet er volgens het CBD rekening mee worden gehouden dat de nieuwe Geneesmiddelenwet in 2007 alsnog strengere eisen heeft verbonden aan UAD-verkoop, waaronder een adviesplicht. Het CBD pleit er daarom voor eerst te onderzoeken hoe dit alles nu werkt. Herinvoering zou pas overwogen moeten worden als blijkt dat zelfbediening nadelige consequenties heeft. De KNMP vindt dat UA-middelen bij de apotheek achter de balie moeten liggen, omdat bij deze middelen medicatiebewaking nodig is. De KNMP heeft het ministerie van VWS geadviseerd om dit te doen, maar op dit voorstel heeft VWS niet gereageerd.

6 Resultaten: Consumentenpanel

In het voorliggende hoofdstuk worden de resultaten die verkregen zijn door middel van het Consumentenpanel gepresenteerd. De resultaten dragen bij aan de beantwoording van verschillende onderzoeksvragen.

6.1 Gebruik en plaats van aanschaf zelfzorggeneesmiddelen

Een overgrote meerderheid (87%) van de mensen zegt in de afgelopen vijf jaar zelfzorggeneesmiddelen te hebben gebruikt (Tabel 6.1). Binnen het Consumentenpanel is er een verschil tussen vrouwen en mannen: vrouwen (79%) geven vaker aan zelfzorggeneesmiddelen te hebben gebruikt dan mannen (71%); dit verschil wordt ook gevonden in eerdere onderzoeken (bijvoorbeeld Cardol 2004). Van alle mensen geeft 71% aan dat het laatste gebruik minder dan 6 maanden geleden is.

Tabel 6.1: Gebruik van zelfzorggeneesmiddelen

	N	Percentage ¹	Percentage van totaal ²
Heeft u in de afgelopen vijf jaar zelfzorggeneesmiddelen gebruikt (N=965)			
Ja	835		87%
Nee	130		13%
Wanneer was laatste gebruik van zelfzorggeneesmiddel (N=830)			
Minder dan 6 maanden	689	83%	71,%
6 maanden tot 1 jaar	111	13%	12%
1 tot 2 jaar	23	3%	2%
2 tot 3 jaar	4	0,5%	0,4%
4 tot 5 jaar	3	0,4%	0,2%

1. De antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van het aantal mensen dat antwoord heeft gegeven op de vraag wanneer het laatste gebruik van het zelfzorggeneesmiddel was.
2. De antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van het totaal aantal mensen (N=965)

Aan de respondenten die in de afgelopen vijf jaar zelfzorggeneesmiddelen gebruikten, is gevraagd bij welk verkooppunt zij de geneesmiddelen *over het algemeen* kopen. De meerderheid (56%) zegt deze middelen bij de drogist te hebben gekocht (Tabel 6.2). Een kwart van de mensen wisselt af tussen verschillende mogelijke verkooppunten, 14% haalt de zelfzorggeneesmiddelen bij de apotheek en slechts 3,5% bij de supermarkt. De natuurwinkel/reformwinkel en het internet zijn voorbeelden van verkooppunten die door mensen bij de antwoordcategorie elders genoemd zijn. Deze cijfers bevestigen het beeld in hoofdstuk 4: de drogist is nog steeds de plek waar het vaakst zelfzorggeneesmiddelen worden gehaald. De supermarkt scoort lager dan de apotheek, terwijl in hoofdstuk 4 naar voren kwam dat de supermarkt een grotere omzet heeft.

Tabel 6.2: Plaats van aankoop van het zelfzorggeneesmiddel over het algemeen (N=747)

	N	Percentage
Bij de drogist	418	56%
Soms bij de één, soms bij de ander	189	25%
Bij de apotheek	108	14%
Bij de supermarkt	26	3,5%
Elders	6	1%

Uit tabel 6.3 blijkt dat pijn en koortswerende geneesmiddelen verreweg het meeste gebruikt worden. Dit bevestigt het beeld in hoofdstuk 4. Bijna alle panelleden die een zelfzorggeneesmiddel gebruikten het afgelopen jaar (97%), hebben pijnstillers gebruikt. Op de tweede plaats komen de geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep en keelpijn. Ruim driekwart van de mensen (76%) geeft aan deze geneesmiddelen het afgelopen jaar te hebben gebruikt. De minst gebruikte groep zelfzorggeneesmiddelen wordt gevormd door de laxeermiddelen. Ongeveer 10% van de mensen zegt deze de afgelopen 12 maanden te hebben gebruikt.

Tabel 6.3: In het afgelopen jaar gebruikte zelfzorggeneesmiddelen

	N	Percentage
Pijn en koortswerende geneesmiddelen (N=783)	761	97%
Geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn (N=729)	556	76%
Geneesmiddelen voor de huid (acné, eczeem, jeuk) (N=685)	245	36%
Andere geneesmiddelen (N=650)	203	31%
Geneesmiddelen voor maag- en darmklachten (N=692)	151	22%
Laxeermiddelen (voor stoelgang) (N=688)	67	10%

Als het gebruik van de zelfzorggeneesmiddelen wordt uitgesplitst naar frequentie (zie Tabel 6.4), dan zien we dat 16% van alle mensen die het afgelopen jaar zelfzorggeneesmiddelen gebruikten, wekelijks pijn en koortswerende geneesmiddelen zegt in te nemen. Alle andere zelfzorggeneesmiddelen worden duidelijk door minder mensen wekelijks gebruikt.

Tabel 6.4: In het afgelopen jaar gebruikte zelfzorggeneesmiddelen

	Nooit		Een paar keer per maand of minder		Wekelijks	
	N	%	N	%	N	%
Pijn en koortswerende geneesmiddelen (N=783)	22	3%	635	81%	126	16%
Geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn (N=729)	173	24%	518	71%	38	5%
Geneesmiddelen voor de huid (acné, eczeem, jeuk) (N=685)	440	64%	192	28%	53	8%
Andere zelfzorggeneesmiddelen (N=650)	447	69%	153	24%	50	8%
Geneesmiddelen voor maag- en darmklachten (N=692)	541	78%	119	17%	32	5%
Laxeermiddelen (voor stoelgang) (N=688)	621	90%	56	8%	11	2%

6.2 Aankoop en informatie bij laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel

Aankoop

In de vragenlijst is niet alleen gevraagd naar algemeen gebruik maar ook naar het laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel. Dit omdat vragen over bijvoorbeeld informatievoorziening beter te beantwoorden zijn wanneer een gebeurtenis recentelijk heeft plaats gevonden. Uit Tabel 6.5 blijkt dat ook hier de pijn en koortswerende geneesmiddelen verreweg het vaakst (82% van de laatste aankopen betrof een pijnstiller) genoemd worden. Op de tweede plaats komen de middelen tegen hoest, verkoudheid, griep en keelpijn. Een kwart van de mensen (25%) geeft aan zo'n middel als laatste te hebben gekocht.

Tabel 6.5: Laatst gekocht zelfzorggeneesmiddelen in het afgelopen jaar (N=801)¹⁾

	N	Percentage
Pijn en koortswerende geneesmiddelen	656	82%
Geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn	201	25%
Geneesmiddelen voor maag- en darmklachten	66	8%
Geneesmiddelen voor de huid (acné, eczeem, jeuk)	84	8%
Andere geneesmiddelen	62	8%
Laxeermiddelen (voor stoelgang)	25	3%
Weet ik niet meer	20	2%

1) bij de laatste aankoop kan meer dan 1 middel zijn gekocht, derhalve tellen de gepresenteerde percentages op tot >100%

Van de respondenten die een zelfzorggeneesmiddel kochten, deed het merendeel dit voor het laatst bij de drogist (67%, Tabel 6.6). De apotheek komt op een tweede plaats, 21% van de mensen zegt het laatste zelfzorggeneesmiddel hier te hebben aangeschaft. De supermarkt scoort hier duidelijk hoger dan wanneer naar aankoopgedrag in het algemeen gekeken wordt.

Tabel 6.6: Plaats van aankoop van het laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel(N=774)

	N	Percentage
Bij de drogist	518	67%
Bij de apotheek	164	21%
Bij de supermarkt	80	10%
Elders	12	2%

Bij de laatste aankoop lag het zelfzorggeneesmiddel in de helft van de gevallen (51%) achter de toonbank of kassa. 45% van de mensen zegt het zelfzorggeneesmiddel zelf gepakt te hebben. Iets meer dan de helft (54%) van de mensen die hun zelfzorggeneesmiddel bij de drogist kochten, kon het zelfzorggeneesmiddel zelf pakken (Tabel 6.7). Bij de apotheker lag het zelfzorggeneesmiddel vaker achter de kassa of toonbank namelijk in 82% van de gevallen. Mensen die naar de supermarkt gingen voor hun zelfzorggeneesmiddel konden het vaakst (58%) het middel zelf pakken.

Tabel 6.7: Plaats van zelfzorggeneesmiddel bij het verkooppunt (N=776)

	Het zelfzorggenees- middel lag achter de kassa/toonbank		Ik kon het zelfzorggeneesmidd el zelf pakken		Weet ik niet meer	
	N	%	N	%	N	%
Totaal (776)	394	51%	352	45%	30	4%
Bij de drogist (N=517)	223	43%	277	54%	17	3%
Bij de apotheek (N=161)	132	82%	21	13%	8	5%
Bij de supermarkt (N=80)	30	38%	46	58%	4	5%
Elders (N=8)	6		1		1	

Gekregen informatie

Een ander onderdeel van de manier waarop zelfzorgmiddelen worden aangeboden, is de informatie die bij aankoop gegeven wordt. In de Geneesmiddelenwet staat dat bij ter handstelling van UAD- en UA middelen de consument advies moet krijgen indien deze daar behoefte aan heeft. Consumenten krijgen bij een minderheid van de aankopen advies, in twee derde van gevallen gebeurt dat niet. In de apotheek wordt het vaakst advies gegeven, gevolgd door de drogist. De supermarkt scoort het laagst, maar supermarkten hebben geen informatieplicht. De informatie bij drogist of apotheek gebeurt meestal op initiatief van de medewerkers aldaar (respectievelijk 37% en 29%). Slechts 3% van de mensen die geen informatie kreeg over het zelfzorggeneesmiddel zegt hieraan wel behoefte te hebben gehad. Van de groep mensen die geen informatie kreeg of vroeg, zegt 21% dat ze hieraan geen behoefte hebben aangezien ze al eerder informatie hebben ontvangen (de zogenaamde herhaalaankopen). Deze cijfers zijn in lijn met een onderzoek dat recentelijk is uitgevoerd door TNS-NIPO in opdracht van het CBD (TNS-NIPO 2010).

Tabel 6.8: Soort informatie uitgesplitst naar verkooppunt bij aankoop van zelfzorggeneesmiddel

	Nee		Ja, de medewerker gaf uit zichzelf informatie		Ja, ik heb zelf om informatie gevraagd	
	N	%	N	%	N	%
Totaal (N=781)	517	66%	228	29%	36	5%
Drogist (N=517)	345	67%	150	29%	22	4%
Apotheek (N=163)	91	56%	60	37%	12	7%
Supermarkt (N=80)	74	93%	6	8%	0	0%
Elders (N=8)	4	33%	7	58%	1	8%

Aan mensen die aangaven dat zij informatie kregen bij aankoop is gevraagd om wat voor soort informatie het ging. Hierbij konden ze meerdere antwoorden aangeven. Uit Tabel 6.9 blijkt dat mensen voornamelijk informatie over het gebruik (59%) en de werking (39%) ontvingen. Kijkend naar verschillen tussen verkooppunten in de informatie die gegeven wordt, dan valt op dat de drogist iets vaker dan de apotheker informatie geeft over hoe en wanneer het geneesmiddelen te gebruiken (respectievelijk 61 en 56 %). Apothekers en drogisten geven ongeveer even vaak informatie over de werking van het geneesmiddel (respectievelijk 40% en 38%). De apotheek geeft vaker informatie over zaken die te maken hebben met medicatiebewaking; het geven van informatie over het

gecombineerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen (38%) en informatie over bijwerkingen (24%).

Tabel 6.9: Soort informatie dat consumenten gekregen hebben, uitgesplitst naar verkooppunt bij aankoop van zelfzorggeneesmiddel (meerdere antwoorden mogelijk)¹⁾

	Het gebruik		De werking		Het gebruik in combinatie met andere geneesmiddelen		Bijwerkingen		Andere informatie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Totaal (N=264)	155	59%	102	39%	52	20%	35	13%	34	13%
Drogist (N=172)	104	61%	66	38%	23	13%	17	10%	26	15%
Apotheek (N=72)	40	56%	29	40%	27	38%	17	24%	4	6%

1) De categorieën *supermarkt* en *overig* zijn vanwege het kleine aantal mensen dat informatie vroeg/kreeg niet in deze tabel opgenomen

Aan de mensen die informatie kregen bij hun laatste aankoop is ook gevraagd hoe betrouwbaar zij deze informatie vinden (Tabel 6.10). Bijna alle mensen (99%) die hun *laatste zelfzorggeneesmiddel* bij de apotheek haalden en daarbij informatie kregen vonden deze informatie (zeer) betrouwbaar. Dit was bij 67% van de mensen die hun zelfzorggeneesmiddel bij de drogist kochten het geval.

Tabel 6.10: Betrouwbaarheid van gegeven informatie uitgesplitst naar verkooppunt¹⁾

	Niet betrouwbaar		Enigszins betrouwbaar		Betrouwbaar		Zeer betrouwbaar		Geen mening	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Totaal (N=264)	6	2%	30	11%	161	61%	42	16%	25	10%
Drogist (N=172)	5	3%	28	16%	102	59%	13	8%	24	14%
Apotheek (N=72)	0	0%	1	1%	44	61%	27	38%	0	0%

1) De categorieën *supermarkt* en *overig* zijn vanwege het kleine aantal mensen dat informatie vroeg/kreeg niet in deze tabel opgenomen

Aan alle respondenten is eveneens gevraagd hoe zij de betrouwbaarheid beoordelen van informatie over een zelfzorggeneesmiddel binnen verschillende verkoopkanalen *in het algemeen* vinden. Informatie over zelfzorggeneesmiddelen van de apotheek en huisarts wordt door vrijwel iedereen (respectievelijk 98% en 97%) (zeer) betrouwbaar gevonden (Tabel 6.11). Daarna vinden veel mensen (85%) de bijsluiter de meest betrouwbare bron. De informatie van de drogist wordt door driekwart van de mensen (75%) als (zeer) betrouwbaar bestempeld. Informatie verstrekt door medewerkers van supermarkten en benzinestations wordt door de meerderheid van de mensen als onbetrouwbaar ervaren.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat voor deze verkoopkanalen geen informatieplicht geldt.

Tabel 6.11: Beoordeling betrouwbaarheid van informatie over zelfzorggeneesmiddel in het algemeen naar bron van informatie

	Niet betrouwbaar		Enigszins betrouwbaar		Betrouwbaar/ zeer betrouwbaar		Geen mening	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Apotheek (N=943)	1	0,1%	4	0,4%	922	98%	16	2%
Huisarts/specialist (N=935)	1	0,1%	13	1%	907	97%	14	2%
Bijsluiter (N=925)	5	0,5%	104	11%	788	85%	28	3%
Verpleegkundige (N=923)	3	0,3%	122	13%	738	80%	60	7%
Praktijkondersteuner/ doktersassistent(e) (N=931)	5	1%	158	17%	720	77%	48	5%
Drogist (N=940)	13	1%	183	20%	704	75%	40	4%
Internet (N=919)	91	10%	365	40%	306	33%	157	17%
Medewerker van een supermarkt (N=925)	672	73%	142	15%	14	2%	97	10%
Medewerker van een tankstation (N=926)	718	78%	96	10%	5	0,5%	107	11%

Inschatting over gebruik en keuze

Aan de panelleden zijn verschillende stellingen voorgelegd die betrekking hebben op het kiezen en gebruiken van, en informeren naar zelfzorggeneesmiddelen. Hierbij is niet alleen gevraagd het eigen gedrag in te schatten, maar ook het gedrag van anderen. Dit omdat uit eerder onderzoek op verschillende onderwerpen blijkt dat mensen anderen “strenger” beoordelen dan zichzelf (bijvoorbeeld Vervloet e.a 2007). Uit de resultaten blijkt inderdaad dat mensen positiever denken over hun eigen gedrag dan dat van anderen. Zo zegt meer dan de helft het eens de zijn met de stelling dat ze zelf goed een keuze kunnen maken uit de soorten en merken zelfzorggeneesmiddelen (70%) (Tabel 6.11). Als het gaat om anderen dan denkt slechts 16% van de mensen dat anderen goed een keuze kunnen maken. Tweederde van de mensen zegt precies te weten hoe ze zelfzorggeneesmiddelen veilig kunnen gebruiken. Maar als het gaat om het gedrag van anderen, is slechts 11% van de mensen het hier (helemaal) mee eens. Ook zijn mensen ervan overtuigd dat zijzelf gemakkelijker de juiste informatie krijgen over een zelfzorggeneesmiddel dan anderen. Ruim driekwart van de mensen (76%) is het (helemaal) eens met de stelling: als ik advies probeer te krijgen over een zelfzorggeneesmiddel dan krijg ik gemakkelijk de juiste informatie. Wanneer het gaat om dezelfde situatie maar dan voor anderen is maar 30% het hier (helemaal) mee eens.

Tabel 6.12: Verwachtingen over het kiezen en gebruik van zelfzorggeneesmiddelen en het krijgen van juist informatie over zelfzorggeneesmiddelen

	(Helemaal) mee oneens		Niet mee oneens/niet mee eens		(Helemaal) mee eens	
	N	%	N	%	N	%
Ik kan goed zelf een keuze maken uit de soorten en merken zelfzorggeneesmiddelen (N=960)	120	13%	171	18%	669	70%
Anderen kunnen goed zelf een keuze maken uit de soorten en merken zelfzorggeneesmiddelen (N=957)	245	26%	559	58%	153	16%
Ik weet precies hoe ik zelfzorggeneesmiddelen veilig kan gebruiken (N=957)	144	15%	193	20%	620	65%
Anderen weten precies hoe ze zelfzorggeneesmiddelen veilig kunnen gebruiken (N=960)	302	32%	555	58%	103	11%
Als ik advies probeer te krijgen over een zelfzorggeneesmiddel dan krijg ik gemakkelijk de juiste informatie (N=958)	68	7%	162	17%	728	76%
Als anderen advies proberen te krijgen over een zelfzorggeneesmiddel dan krijgen zij gemakkelijk de juiste informatie (N=954)	144	15%	522	55%	288	30%

6.3 Combineren van zelfzorg- en receptgeneesmiddelen

Voor medicatiebewaking en informatieverstrekking kan het belangrijk zijn te weten of een patiënt de zelfzorggeneesmiddelen combineert met receptgeneesmiddelen. Daarom zijn hierover enkele vragen gesteld.

Tabel 6.13 geeft weer dat bijna 60% van de respondenten receptgeneesmiddelen gebruikt. Bijna één op de vijf panelleden gebruikt vier of meer receptgeneesmiddelen.

Tabel 6.13: Percentage mensen die op regelmatige basis (dagelijks of wekelijks) receptgeneesmiddelen voor een ziekte of aandoening gebruiken (N=797)

	N	Percentage
Geen receptgeneesmiddel	332	42%
1 receptgeneesmiddel	150	19%
2 receptgeneesmiddelen	96	12%
3 receptgeneesmiddelen	76	10%
4 of meer receptgeneesmiddelen	143	18%

Gecombineerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen met receptgeneesmiddelen, kan soms voor problemen zorgen. Van de gebruikers van receptgeneesmiddelen zegt 90% te weten dat het laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel gebruikt mag worden in combinatie met de receptgeneesmiddelen die ze gebruiken. Eén op de tien mensen (10%) met receptgeneesmiddelen zegt niet te weten of het laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel gecombineerd mag worden met de gebruikte zelfzorggeneesmiddelen.

Het is daarnaast de vraag of mensen die zelfzorggeneesmiddelen gebruiken dit ook doorgeven aan hun apotheek of arts. Uit Tabel 6.14 blijkt dat twee derde (65%) van alle mensen die zelfzorggeneesmiddelen gebruiken dit nooit doorgeeft. 29% zegt dat het doorgeven afhankelijk is van het zelfzorggeneesmiddel dat gebruikt wordt en 6% van de mensen geeft het altijd door. Van de mensen die zeggen het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen over het algemeen door te geven doet 58% van de mensen dit aan hun arts. 14% van de mensen aan de apotheek en 21% aan zowel de arts als de apotheek. Een klein deel (7%) geeft aan het gebruik ergens anders door te geven. Genoemde voorbeelden hierbij zijn de bloedbank, de verloskundige en de diabetesbegeleider.

Tabel 6.14: Percentage mensen die het gebruik zelfzorggeneesmiddelen doorgeven aan apotheek of arts (N=799)

	N	Percentage
Geeft dit nooit door	521	65%
Dat is afhankelijk van het zelfzorggeneesmiddel dat gebruikt wordt	233	29%
Geeft dit altijd door	45	6%

Mensen die vier of meer receptgeneesmiddelen chronisch gebruiken geven het vaakst door dat zij zelfzorggeneesmiddelen gebruiken: 13% doet dit altijd en 42% laat het afhangen van het soort zelfzorgmiddel. Mensen die geen chronische medicatie gebruiken, geven het minst vaak door dat ze zelfzorggeneesmiddelen gebruiken: 75% doet het nooit en 2% doet het altijd. De andere groepen (1, 2 of 3 receptgeneesmiddelen voor chronisch gebruik) verschillen onderling niet veel: tussen de 61 en 63% geeft nooit door zelfzorgmedicatie te gebruiken.

Aan alle panelleden is gevraagd wat ze doen als ze het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen (zouden) combineren met receptgeneesmiddelen. 70% van alle mensen denkt in dat geval altijd de bijsluiter te lezen (Tabel 6.15). In het geval van gecombineerd gebruik is informeren bij apotheker of huisarts iets wat respectievelijk 36% en 32% van de mensen altijd doet of altijd zou doen. Minder mensen doen dat of zouden dat doen bij de drogist (19%). Op internet naar informatie zoeken is een optie die 39% van de mensen soms doen/ zouden doen. Als de resultaten van mensen met of zonder receptgeneesmiddelen worden vergeleken, dan lijken beide groepen ongeveer gelijke ideeën te hebben over het vragen naar informatie. Mensen die geen receptgeneesmiddelen gebruiken verwachten, als de situatie van combineren zich zou voordoen ongeveer, even vaak te informeren/ informatie te zoeken als mensen die nu een receptgeneesmiddel gebruiken.

Tabel 6.15: Gebruik van informatiebronnen bij (eventueel) gebruik van zelfzorggeneesmiddelen in combinatie met receptgeneesmiddelen

	Doe ik nooit/ zou ik nooit doen		Doe ik soms/ zou ik soms doen		Doe ik altijd/zou ik altijd doen	
	N	%	N	%	N	%
Lees ik in de bijsluiter of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en) (N=729)	69	10%	152	21%	508	70%
Informeer ik bij de apotheek of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en) (N=728)	211	29%	253	35%	264	36%
Informeer ik bij de huisarts of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en) (N=716)	242	34%	244	35%	230	32%
Informeer ik bij de drogist of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en) (N=676)	383	57%	165	24%	128	19%
Ga ik ervan uit dat het zonder problemen met mijn andere geneesmiddel(en) gebruikt kan worden (N=683)	426	62%	182	27%	75	11%
Zoek ik op internet informatie op of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en) (N=677)	363	54%	267	39%	47	7%

6.4 Oordeel over verkrijgbaarheid en verkooppunten van zelfzorggeneesmiddelen

In de vragenlijst is een aantal vragen gesteld die betrekking hebben op het oordeel over de vrije verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen. De resultaten uit Tabel 6.16 laten zien dat mensen belang hechten aan deskundigheid. Wel vindt men dat consumenten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben. Zo is 79% van de mensen het (helemaal) eens met de stelling dat er deskundig personeel aanwezig moet zijn bij verkooppunten van zelfzorggeneesmiddelen. Aan de ene kant vindt een meerderheid (71%) dat het de eigen verantwoordelijkheid is van mensen om bij het gecombineerd gebruik van receptgeneesmiddelen en zelfzorggeneesmiddelen te informeren of dit problemen kan geven. Ook vindt een meerderheid (72%) dat ze zelf een keuze moeten kunnen maken uit de soorten en merken pijnstillers. Echter, tweederde van de mensen (65%) vindt dat zelfzorggeneesmiddelen achter de toonbank horen te liggen en niet in een zelfbedieningsschap. Dit geeft tegenstrijdige signalen af als het gaat om de toonbankverplichting.

Bijna de helft van de mensen (48%) vindt dat er bij de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen altijd mondelinge voorlichting gegeven moet worden. Als

gevraagd wordt naar de mogelijke gevaren van vrije verkrijgbaarheid dan denkt 76% van de mensen dat dit beleid een gevaar kan vormen voor mensen die meerdere geneesmiddelen tegelijk gebruiken. 69% is van mening dat de vrije verkrijgbaarheid de kans op verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen vergroot.

Tabel 6.16: Oordelen op stellingen over verkrijgbaarheid

	(Helemaal) mee oneens		Niet mee oneens/niet mee eens		(Helemaal) mee eens	
	N	%	N	%	N	%
Op verkooppunten waar zelfzorggeneesmiddelen verkrijgbaar zijn moet deskundig personeel aanwezig zijn (N=957)	81	9%	121	13%	755	79%
Het is de eigen verantwoordelijkheid van mensen om bij het gebruik van een zelfzorggeneesmiddel in combinatie met een receptgeneesmiddel te informeren of dit problemen kan geven (N=964)	153	16%	125	13%	686	71%
Ik vind het belangrijk dat ik in de winkel zelf een keuze kan maken uit de soorten en merken pijnstillers (N=957)	131	14%	140	15%	686	72%
Zelfzorggeneesmiddelen horen achter de toonbank te liggen en niet in de zelfbedieningsschappen (N=962)	160	17%	174	18%	628	65%
Bij zelfzorggeneesmiddelen moet altijd mondelinge voorlichting gegeven worden (N=956)	169	18%	329	34%	458	48%
Vrije verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen kan een gevaar vormen voor mensen die meerdere geneesmiddelen tegelijk gebruiken (N=958)	67	7%	164	17%	727	76%
Vrije verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen geeft meer kans op verkeerd gebruik van deze middelen (N=960)	95	10%	205	21%	660	69%

Zelfzorggeneesmiddelen zijn bij verschillende verkooppunten te koop. Om er achter te komen op basis van welke aspecten mensen kiezen waar ze hun zelfzorggeneesmiddelen halen zijn, is hen eerst gevraagd om aan te geven hoe belangrijk bepaalde redenen zijn. Uit de resultaten van Tabel 6.17 blijkt dat mensen bijna alle voorgelegde aspecten als belangrijk of erg belangrijk aanmerken. Als de antwoordcategorieën 'belangrijk' en 'erg belangrijk' bij elkaar op wordt geteld dan worden behulpzaamheid, deskundigheid en goede voorlichting het vaakst als zodanig bestempeld.

Tabel 6.17: Belang van verschillende aspecten om te kiezen voor een verkooppunt van zelfzorggeneesmiddelen

	(Erg) onbelangrijk		Niet onbelangrijk/ niet belangrijk		Belangrijk		Erg belangrijk	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Deskundigheid van het personeel (N=957)	51	5%	129	14%	473	49%	304	32%
Goede voorlichting door het personeel (N=956)	51	5%	134	14%	496	52%	275	29%
Behulpzaamheid van het personeel (N=950)	41	4%	96	10%	583	61%	230	24%
Betaalbaarheid (N=956)	61	6%	181	19%	524	55%	190	20%
Ruime openingstijden (N=944)	104	11%	203	22%	525	56%	112	12%
Goede bereikbaarheid (N=954)	109	11%	175	18%	558	59%	112	12%
Korte wachttijden (N=949)	137	14%	240	25%	474	50%	98	10%

Vervolgens is aan de panelleden gevraagd welke van de genoemde aspecten bij de keuze voor een verkooppunt het belangrijkste werden gevonden. Daarbij mochten maximaal drie aspecten worden gekozen. Uitgangspunt hierbij was dat de mensen de aspecten in samenhang beoordeelden. In Tabel 6.18 is te zien dat deskundigheid van het personeel het vaakst genoemd is. Goede voorlichting door het personeel komt op de tweede plek. Op de derde plek staan twee redenen: betaalbaarheid en goede bereikbaarheid. De minst belangrijke reden om voor een verkooppunt te kiezen is de duur van de wachttijd.

Tabel 6.18: Top 6 van meest genoemde aspecten om te kiezen voor een verkooppunt (N=941)

Plaats		N
1	Deskundigheid van het personeel	626
2	Goede voorlichting door het personeel	467
3	Betaalbaarheid	413
	Goede bereikbaarheid	413
4	Behulpzaamheid van het personeel	322
5	Ruime openingstijden	255
6	Korte wachttijden	129

Na het geven van een rangordening van de aspecten is voor elk aspect gevraagd welk verkooppunt het best hieraan voldoet (Tabel 6.19) De apotheek scoort hoog op de aspecten deskundigheid (84%), goede voorlichting (81%) en behulpzaamheid (62%) van het personeel. De drogist komt als beste verkooppunt naar voren bij de aspecten korte wachttijden (52%), betaalbaarheid (49%) en goede bereikbaarheid (42%). De supermarkt komt het best naar voren bij het aspect ruime openingstijden.

Tabel 6.19: Welk verkooppunt voldoet volgens de respondenten het beste aan diverse aspecten

	Apotheker		Drogist		Supermarkt		Tankstation	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Deskundigheid van het personeel (N=924)	777	84%	145	16%	2	0,2%	0	0%
Goede voorlichting door het personeel (N=912)	742	81%	163	18%	6	1%	1	0,1%
Betaalbaarheid (N=908)	176	19%	446	49%	279	31%	7	1%
Goede bereikbaarheid (N=907)	351	39%	377	42%	165	18%	14	2%
Behulpzaamheid van het personeel (N=908)	566	62%	321	35%	21	2%	0	0%
Ruime openingstijden (N=893)	180	20%	288	32%	335	38%	90	10%
Korte wachttijden (N=897)	223	25%	463	52%	170	19%	41	5%

Tot slot is aan mensen gevraagd welk verkooppunt van zelfzorggeneesmiddelen hun voorkeur heeft (Tabel 6.20). De drogist wordt het vaakst genoemd (45%). Op de tweede plaats komt de apotheek (34%). Kijkend naar de resultaten van de rangordening van redenen en welk verkooppunt het beste voldoet aan verschillende aspecten dan komt de apotheek goed uit op deskundigheid, goede voorlichting en behulpzaamheid. Twee van deze aspecten staan bovenaan in de top 3 van meest genoemde redenen. Toch kiest een iets groter deel van de mensen voor de drogist die goed scoort op korte wachttijden, betaalbaarheid en goede bereikbaarheid. Kennelijk geven mensen de voorkeur aan deze combinatie van aspecten boven de combinatie van aspecten die de apotheker biedt.

Tabel 6.20: Voorkeuren voor verkooppunt (N=896)

	N	Percentage
Drogist	401	44,8%
Apotheek	306	34,2%
Hangt van het zelfzorggeneesmiddel af	124	13,8%
Supermarkt	39	4,4%
Geen voorkeur	21	2,3%
Anders	3	0,3%

Veel mensen (90%) vinden het (zeer) belangrijk dat de overheid regels opstelt waaraan verkopers van zelfzorggeneesmiddelen zich moeten houden (Tabel 6.21). Ook vindt een meerderheid (80%) het (zeer) belangrijk dat de supermarkt alleen zelfzorggeneesmiddelen mag verkopen waarvan zeker is dat ze geen problemen kunnen geven met receptgeneesmiddelen. Ook hebben veel mensen een duidelijk beeld als het gaat om de aanwezigheid van gediplomeerde medewerkers bij de verkooppunten. Meer dan driekwart van de mensen (80%) vindt het (erg) belangrijk dat er altijd een apotheker aanwezig is in een apotheek. Een meerderheid van mensen vindt ook dat zij geholpen moeten kunnen worden door een apotheker (64%) of een gediplomeerd drogist (70%) in plaats van een minder goed opgeleide medewerker als ze dat wensen.

Tabel 6.21: Oordeel over situaties die betrekking hebben op de verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen

	(Zeer) onbelangrijk		Niet onbelangrijk/ niet belangrijk		(Zeer) belangrijk	
	N	%	N	%	N	%
Dat de overheid regels opstelt waaraan verkopers van zelfzorggeneesmiddelen zich moeten houden vind ik ... (N=952)	42	4%	56	6%	854	90%
Dat alleen zelfzorggeneesmiddelen waarvan zeker is dat ze geen problemen kunnen geven met receptgeneesmiddelen bij de supermarkt verkocht kunnen worden vind ik ... (N=952)	42	7%	131	14%	759	80%
Dat er tijdens openingstijden altijd een apotheker in een apotheek aanwezig is vind ik ... (N=955)	50	5%	144	15%	761	80%
Dat ik wanneer ik dat wil bij een apotheek door een apotheker geholpen kan worden in plaats van een minder goed opgeleide medewerker vind ik ... (N=954)	105	11%	243	26%	606	64%
Dat ik wanneer ik dat wil bij een drogist door een gediplomeerd drogist geholpen kan worden in plaats van een minder opgeleide medewerker vind ik ... (N=954)	98	10%	188	20%	668	70%

Om te kijken hoe consumenten veiligheidsaspecten wegen in relatie tot het verkooppunt, zijn aan de panelleden voorbeelden voorgelegd van mogelijke effecten van pijnstillers (Tabel 6.22). De voorbeelden lopen op in de ernst van de gevolgen. Als de antwoordcategorieën geordend worden naar de mate waarin zij de gebruikers beschermen dan is de meest beschermende optie de pijnstiller alleen op recept verkrijgbaar te stellen. Daarna komt de optie UA (uitsluitend apotheek) en vervolgens UAD (uitsluitend apotheek en drogist). Opvallend is dat in alle gevallen de apotheek het vaakst genoemd wordt als de plaats waar deze middelen verkrijgbaar mogen zijn. Dit loopt op naarmate de ernst van de gevolgen erger zijn. Dan neemt ook de categorie “alleen op recept” toe. Als we kijken naar het voorbeeld van de maagbloedingen (een mogelijk gevolg van – verkeerdt – gebruik van NSAIDs) dan zien we dat 18% vindt dat dit soort middelen alleen op recept verkrijgbaar zouden moeten zijn, de helft (51%) vindt dat zo’n middel bij apotheek mag liggen en een kwart bij de drogist.

Tabel 6.22: Oordeel over verkrijgbaarheid bij verschillende kenmerken van pijnstillers

Plaats waar pijnstillers verkrijgbaar mogen zijn die:	Alleen op recept		Apotheker		Drogist		Supermarkt /tankstation		Weet ik niet	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
- bij normaal gebruik geen bijwerkingen geven, maar bij inname van teveel tabletten ernstige schade kunnen veroorzaken (N=833)	97	12%	374	45%	276	33%	66	8%	20	2%
- geregeld lichte bijwerkingen kunnen geven zoals maag- darmklachten maar nooit ernstige bijwerkingen (N=857)	78	9%	342	40%	381	45%	40	5%	16	2%
- in zeldzame gevallen (bij minder dan 1 op de 1000) personen ernstigere bijwerkingen kunnen geven zoals maagbloedingen (N=873)	156	18%	447	51%	215	25%	30	3%	25	3%
- bij normaal gebruik veilig zijn, maar in combinatie met bepaalde receptgeneesmiddelen ernstige bijwerkingen kunnen geven (N=894)	181	20%	620	69%	65	7%	10	1%	18	2%
- door de meeste mensen veilig gebruikt kunnen worden, maar bij ouderen of mensen met bijkomende ziekten ernstige bijwerkingen kunnen geven (N=891)	185	21%	570	64%	110	12%	9	1%	17	3%
- door de meeste mensen veilig gebruikt kunnen worden, maar bij kinderen ernstige bijwerkingen kunnen geven (N=878)	168	19%	512	58%	160	18%	19	2%	19	2%

7. Conclusies

Totdat de Geneesmiddelenwet in werking trad, vielen alle zelfzorggeneesmiddelen in één categorie en mochten uitsluitend verkocht worden bij apotheken, drogisten en bij supermarkten met een drogisterijvergunning. Tot 2002 lagen de zelfzorggeneesmiddelen daar verplicht achter de toonbank. Sinds 2002 is deze toonbankverplichting vervallen. Een grotere verandering vond plaats op 1 juli 2007, de dag van de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet. Vanaf dat moment is een aantal zelfzorggeneesmiddelen vrij verkrijgbaar. Dit betekent dat deze middelen in beginsel overal verkocht mogen worden. In de praktijk zijn het vooral supermarkten die deze vrij verkrijgbare middelen verkopen. Bij de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet is middels de motie Van Veen gevraagd om een evaluatieonderzoek met betrekking tot het onderdeel over zelfzorggeneesmiddelen. Dit onderzoek is beschreven in dit rapport.

Het onderzoek had enerzijds tot doel het bieden van inzicht in gevolgen die de verandering in de indeling van zelfzorggeneesmiddelen (per 1 juli 2007) en de afschaffing van de toonbankverplichting (in 2002) hebben gehad voor verkoop en veiligheid. Het tweede doel was het verwerven van inzicht in de manier waarop drogist en apotheek invulling geven aan de rol die hen is toebedeeld door de wet, te weten het geven van kwalitatief goed advies over zelfzorggeneesmiddelen. Hiertoe zijn cijfermatige gegevens verzameld over gebruik en waar mogelijk over veiligheid, zijn interviews gehouden met veldpartijen en is een peiling gehouden in het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Als eerste geven we een samenvatting van de belangrijkste resultaten – ook in relatie tot eerdere onderzoeken en literatuur – (paragraaf 7.1 t/m 7.5), gevolgd door een beschouwing en conclusies (paragraaf 7.6) en aanbevelingen (paragraaf 7.7).

7.1 Visie op de nieuwe indeling van zelfzorggeneesmiddelen

Het principe van een indeling van zelfzorggeneesmiddelen in drie groepen (AV, UAD, UA) wordt breed gedragen. De uitwerking ervan in de praktijk is echter nog wel aan kritiek onderhevig. Wat betreft de UA-categorie wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat deze vooral waarde heeft als tussenschakel wanneer receptgeneesmiddelen omgezet worden naar zelfzorg en in bijzondere gevallen waarbij medicatiebewaking geboden is, maar hiertoe wordt UA-niet altijd gebruikt (bijvoorbeeld dextromethorfan). Kritiek is er ook op het feit dat sommige zelfzorggeneesmiddelen afhankelijk van dosering en verpakkingsgrootte in verschillende categorieën zijn ingedeeld. Een aantal partijen vindt het daarnaast onterecht dat naast het criterium *verwaarloosbaar risico* ook andere criteria een rol lijken te spelen bij het indelen van zelfzorggeneesmiddelen in de AV-categorie. Ook heeft een aantal partijen problemen met de manier waarop het criterium *verwaarloosbaar risico* zelf wordt geïnterpreteerd. De meeste partijen vinden echter dat hierin in de loop van de jaren meer duidelijkheid is gekomen. In een nota geschreven in reactie op vragen van de Tweede Kamer gaat de minister op 17 juni 2010 in op het

criterium verwaarloosbaar risico (Kamerstukken 32196, nr. 6, p.8-9). Hierin stelt de minister dat het CBG in zijn beslissingen een samenhangende en integrale afweging maakt tussen het geneesmiddel, de patiënten(populaties) die het gebruiken en de wijze van gebruik. Dit alles is om risico's te minimaliseren. De minister benadrukt daarbij ook dat zelfzorggeneesmiddelen bij normaal gebruik veilig zijn en dat de patiënt een eigen verantwoordelijkheid heeft om het middel daadwerkelijk volgens de instructies in de bijsluiter te gebruiken. Het CBG gaat bij beslissingen over de indeling uit van gebruik volgens de bijsluiter.

Tegen de beslissingen van het College zijn de afgelopen jaren verschillende juridische procedures aangespannen. Hierdoor is de procedurele gang van zaken goed uitgekristalliseerd. Resultaat is dat het College nu meer aandacht besteedt aan de onderbouwing van haar keuzes. De uitspraak van de Raad van State inzake *dextromethorfan* is belangrijk geweest. Met deze uitspraak is de wettelijke opdracht van het College uitdrukkelijk erkend.

Dit alles leidt tot de volgende constatering:

Het principe van de indeling van de zelfzorggeneesmiddelen in drie categorieën wordt breed gedragen.

Er is kritiek op de uitwerking van deze indeling in de praktijk. Deze uitwerking is verschillende keren onderwerp geweest in juridische procedures. De Raad van State heeft de wettelijke opdracht van het CBG uitdrukkelijk erkend. Hoewel de procedure hiermee is getoetst, blijft er ongenoegen bij verschillende veldpartijen.

7.2 Veranderingen op het gebied van (veilig) gebruik sinds de invoering van de Geneesmiddelenwet

Om zicht te krijgen op het veilig gebruik van zelfzorgmiddelen is zowel gekeken naar het gebruik van zelfzorgmiddelen als naar meldingen over mogelijk onveilig gebruik van zelfzorgmiddelen (onderzoeksvraag 1).

Het aankoopgedrag van zelfzorgmiddelen over de periode van 2005 tot en met de eerste helft van 2010 is in kaart gebracht. In deze periode is de verkoop (in termen van het aantal verpakkingen) van zelfzorgmiddelen in categorieën waar geen sprake is van vrije verkoop – en waarvoor het aantal supermarkten dat deze producten verkoopt niet is toegenomen – gelijk gebleven op 14 miljoen verpakkingen.²⁰ In de categorieën waar wel sprake is van vrije verkoop – en die door veel meer supermarkten verkocht worden - nam het aantal verkochte verpakkingen toe van 48 naar 61 miljoen (+27%). De extra stijging in de laatste categorie geneesmiddelen is vooral toe te schrijven aan een toename van het

²⁰ Hierbij zijn vitamines/mineralen en supplementen buiten beschouwing gelaten.

aantal verkochte verpakkingen in supermarkten met 183%. In absolute aantallen blijven de verkopen via drogisterijen nog altijd het belangrijkste. De verkoop van AV-middelen via apotheken is inmiddels kleiner dan via supermarkten. De toename van de AV-verkopen via supermarkten is voor 60% toe te schrijven aan een toename in de verkoop van paracetamol. Procentueel is de toename van het aantal verkochte verpakkingen van hooikoortsmiddelen (710%) het meest opvallend. De gemiddelde prijs per verpakking in categorieën met AV-middelen is gedaald met 2%, terwijl de prijzen in andere categorieën met 16% zijn gestegen. Hierbij moet wel vermeld worden dat AV-middelen in supermarkten vaker in kleinere verpakkingen verkocht worden dan in drogisterijen.

Met betrekking tot veiligheid zijn twee bronnen geraadpleegd: het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid en het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM. In beide registratiesystemen hebben binnen de groep zelfzorggeneesmiddelen verreweg de meeste meldingen betrekking op pijnstillers en op paracetamol in het bijzonder. Het LIS laat een stijging van het aantal registraties van vergiftigingen door pijnstillers zien van 600-900 in de periode 1999-2001 tot 1200-1400 in de periode 2005-2008. Het aantal meldingen van blootstellingen aan paracetamol bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) is in de periode tussen 2005 en 2009 gestegen van 1808 tot 2631 (45%). Dit terwijl het aantal meldingen op ibuprofen in dezelfde periode steeg van 1277 tot 1368 (7%). De stijging in het aantal meldingen had zich al voor 2007 ingezet maar stijgt voor paracetamol sterker na 2007. De stijging van het aantal meldingen van paracetamol en ibuprofen vindt in elke geval al langere tijd plaats en baart zorgen.

In de jaarrapportage suïcidaliteit die in december 2009 verscheen en waar gegevens tot en met 2008 zijn verwerkt, wordt aangegeven dat het aantal suïcides, ondanks in gang gezette maatregelen constant is gebleven (Kamerstuk 22894, nr 251). In de vragen naar aanleiding van deze jaarrapportage wordt onder andere uitgebreid ingegaan op de rol van paracetamol. De minister geeft in zijn reactie aan dat de groei van de AV-verkoop meevalt. De minister geeft in zijn reactie aan dat de groei van de AV-verkoop meevalt. Dit is gebaseerd op cijfers van IMS tot en met 2009 (excl. discount supermarkten). De cijfers uit het hier gepresenteerde onderzoek laten een sterkere toename van de AV-verkopen van paracetamol zien. Tevens gaat men er in deze brief vanuit dat de AV-verkopen pas op gang komen eind 2007 en in 2008. Uit ons onderzoek blijkt dat paracetamol al in augustus 2007 op uitgebreide schaal in supermarkten aanwezig was. Terecht wordt wel gewezen op de toename van de verkoop van grootverpakkingen in drogisterijen en apotheken. Er wordt vermoed dat paracetamol uit drogisterijen een belangrijker rol bij vergiftigingen en suïcides speelt dan AV-verkoop (kamerstuk 22894, nr. 265)

Samenvattend kan gesteld worden dat de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen na de introductie van de Geneesmiddelenwet en het invoeren van de vrije verkoop duidelijk gestegen is. De prijzen van de AV middelen zijn vooral gedaald doordat het huismerk bij supermarkten in korte tijd ca 400/0 van de verkopen in AV zijn gaan uitmaken. Ook hebben prijsvechters als Aldi, Lidl en Dirk van den Broek een prijsdrukkend effect. Deze prijsdaling was gezien het achterliggende idee van liberalisering en marktwerking, een

gewenst effect. De effecten op veiligheid zijn moeilijker vast te stellen. Er zijn nauwelijks recente Nederlandse cijfers voorhanden, anders dan de in dit rapport gebruikte gegevens van het NVIC en het LIS. Er is wel internationaal onderzoek gedaan. In een literatuuroverzicht over internationaal onderzoek besteden Van Dijk e.a. (2005) aandacht aan mogelijke effecten van veranderingen in beschikbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen. Een aantal van de geïnccludeerde studies onderzocht het verband tussen de beschikbaarheid van paracetamol en het aantal (zelf)vergiftigingen of zelfmoorden. De gegevens uit die onderzoeken zijn niet eenduidig. Het verkleinen van verpakkingen waarin paracetamol verkocht wordt, leidde in het VK tot een vermindering van het aantal zelfvergiftigingen (Hawton 2001, 2004; Robinson 2000); in Australië leidde een minder ruime beschikbaarheid niet tot afname van het aantal zelfvergiftigingen met paracetamol (Kisely 2003). Gunell e.a. (2000) concludeerden dat in landen waar de verkrijgbaarheid van paracetamol groter is (grotere verpakkingen, meer verkooppunten) de zelfmoordpercentages als gevolg van overdosering met paracetamol hoger is dan in landen met een minder ruime beschikbaarheid. Overigens merken Hawton e.a. (2005) op dat beter opgezet onderzoek nodig is om het effect van verkleining van verpakkingen in het Verenigd Koninkrijk vast te stellen.

Situaties in het buitenland laten zich bovendien niet altijd 1-op-1 vertalen naar de Nederlandse situatie. Het opzetten van een gedegen onderzoek om de patiëntveiligheid bij zelfzorgmiddelen in kaart te brengen, verdient daarom aanbeveling. In eerste instantie zou een dergelijk onderzoek zich, gezien onze bevindingen, moeten richten op paracetamol (zie paragraaf 7.6). Over dit veel verkochte middel is daarenboven veel discussie in de praktijk en er zijn tegengestelde meningen over dezelfde cijfers.

Bovenstaande leidt tot de volgende constatering:

De herziene indeling van de nieuwe Geneesmiddelenwet heeft geleid tot een groei in het gebruik van een aantal grote groepen zelfzorggeneesmiddelen zoals paracetamol. Deze groei komt vooral voort uit een groei van de verkoop in supermarkten.

Er zijn weinig gegevens voorhanden als het gaat om veiligheidseffecten van zelfzorggeneesmiddelen in Nederland. De stijging in het aantal meldingen van met name paracetamolvergiftigingen vraagt om aandacht. Een onderzoek in deze is gewenst.

Opvattingen consumenten

Consumenten staan vrij conservatief tegenover de vrije verkrijgbaarheid van zelfzorgmiddelen: 80% vindt dat middelen alleen bij de supermarkt mogen liggen als ze zeker geen problemen geven. Ook twijfelt een groot deel van de consumenten of de meeste pijnstillers eigenlijk wel in de vrije verkoop thuishoren. Dit is overigens niet direct gevraagd, maar op basis van een aantal kenmerken van pijnstillers die in de vrije verkoop zijn. Wanneer namelijk gevraagd wordt naar de middelen zelf komt een heel

ander beeld naar voren. Recent onderzoek van TNS-NIPO laat zien dat 97% van de respondenten paracetamol als (zeer) veilig zien en 70% ibuprofen.

Consumenten gebruiken hun zelfzorggeneesmiddelen niet altijd volgens de bijsluiter. Dit verkeerd gebruik kan een gevolg zijn van onwetendheid bij consumenten. Uit de eerder genoemde literatuurstudie van Van Dijk e.a. (2005) komt naar voren dat een minderheid van de consumenten op de hoogte is van mogelijke negatieve effecten van zelfzorggeneesmiddelen. Zo bleek bijvoorbeeld dat ouders van jonge kinderen vaak niet de goede dosering paracetamol geven aan hun kinderen met koorts (veelal te laag) en dat een minderheid van de ouders de mogelijk negatieve effecten van paracetamol kennen (Goldman 2004; Simons 1997). Het eerder genoemde TNS-NIPO-onderzoek laat ook zien dat consumenten middelen niet altijd goed gebruiken. Zo is er sprake van (semi-) chronisch gebruik van paracetamol bij 9% van de gebruikers (TNS-NIPO 2010).

Uit onderhavig onderzoek blijkt dat consumenten denken dat zij goed in staat zijn keuzes te maken als het gaat om zelfzorggeneesmiddelen. Gezien bovenstaande is de vraag of deze inschatting helemaal gerechtvaardigd is. Alles wijst erop dat consumenten hun kennis overschatten. Hierdoor kunnen publiekscampagnes minder effectief zijn: men denkt wel op de hoogte te zijn. De bijsluiter alleen is niet genoeg, vinden diverse veldpartijen. Voor veel mensen is deze ook te moeilijk om te begrijpen.

Consumenten lijken hun kennis over zelfzorggeneesmiddelen te overschatten.
Voorlichting dient hiermee rekening te houden.

7.3 Rol drogist

In de inleiding gaven we aan dat er wat betreft de invulling van de rol van de drogist als het gaat om het vervullen van verantwoorde zorg (onderzoeksvraag 3) drie stappen te onderscheiden zijn:

- Normontwikkeling
- Implementatie
- Handhaving; naleving en toezicht

Normontwikkeling

Het CBD heeft normen voor certificering ontwikkeld, al voor de introductie van de Geneesmiddelenwet. In 2006 zijn wel – vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet – de certificeringeisen voor drogisterijen aangescherpt. Deze normen moeten gezien worden als een nadere invulling door de drogisterijsector van de wettelijke norm van verantwoorde zorg. Daarnaast heeft het CBD richtlijnen en protocollen ontwikkeld. Na de afschaffing van de toonbankverplichting is bijvoorbeeld de *Code Zelfbediening* opgesteld. Door de introductie van de Geneesmiddelenwet is het CBD zich nog sterker bewust van de verantwoordelijkheden die de drogist heeft. De

Geneesmiddelenwet geeft aan dat er bij UAD- en UA-middelen informatie gegeven moet worden, tenzij de consument daar geen behoefte aan heeft. Voor dit laatste is de kassacheck ingevoerd. In het veld bestaat ook breed het idee dat het CBD veel aandacht besteedt aan kwaliteitsverbetering.

Implementatie

Het bewustzijn over het belang van goede begeleiding bij het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen is in de sector toegenomen. Zo is de certificeringsgraad onder drogisterijen sinds 2007 duidelijk gestegen. Certificering gebeurt op basis van vrijwilligheid, maar het draagvlak voor certificering in de sector is groot. Het CBD pleegt veel inspanningen om de kwaliteitseisen te verspreiden onder drogisten. Daar staat tegenover dat een aantal veldpartijen deze inspanningen nog niet vertaald ziet in de praktijk van alledag: er wordt volgens hen door drogisten te weinig invulling gegeven aan de rol die de wet aan de drogist toekent en van de normen die het CBD heeft ontwikkeld.

Hoe kijken consumenten tegen de rol van de drogist aan en welke ervaringen hebben zij? Opvallend is dat de drogist volgens consumenten beter dan de supermarkt voldoet aan een aantal facetten die consumenten belangrijk vinden, te weten: prijs, bereikbaarheid en korte wachttijden. Consumenten vinden het belangrijk dat zij door deskundige medewerkers geholpen worden wanneer zij dat willen (bij drogist en apotheek). Belangrijke vraag is ook of consumenten advies vragen en/of krijgen en hoe zij dit advies beoordelen (subvragen, onderzoeksvraag 3). Consumenten krijgen bij ongeveer een derde van aankopen advies. Dit advies is in een grote meerderheid van de gevallen op initiatief van de drogist. Consumenten vragen zelf weinig over zelfzorggeneesmiddelen. Dit is waarschijnlijk deels zo omdat ze op hun eigen oordeel vertrouwen. De vraag is in hoeverre dit oordeel altijd terecht is (zie paragraaf 7.2). Het CBD zet niet meer alleen in op de kassacheck maar geeft ook aandacht aan pro-actieve voorlichting bij risicovolle aankopen. Drogisten geven tot op heden vooral informatie over hoe het middel te gebruiken en minder over bijwerkingen en mogelijke interacties met andere geneesmiddelen. De ervaren kwaliteit hebben we gemeten door te vragen naar de betrouwbaarheid van de informatie. Twee derde van de consumenten die bij hun laatste aankoop advies kregen van de drogist vond dit een (zeer) betrouwbaar advies. In het algemeen vind drie kwart van de consumenten de drogist een betrouwbare bron van informatie. Dit blijft achter bij de apotheek (die bijna 100% scoort), maar ook bij de bijsluiter (85%). Een grote meerderheid van de consumenten die geen informatie heeft gekregen, zegt hieraan ook geen behoefte te hebben gehad. Deze laatste constatering wordt ook door een aantal veldpartijen ondersteund.

Handhaving

Het CBD doet audits in gecertificeerde drogisterijen om te kijken of drogisten voldoen aan de certificeringseisen. Wanneer een drogist – ook na een termijn voor het doorvoeren van verbeteringen - niet voldoet aan deze eisen wordt het certificaat ingetrokken. In 2009 zijn 91 certificaten ingetrokken, in 2008 waren dat er 150. Het CBD zelf onderwerpt zijn certificeringsactiviteiten aan de norm EN 45011 en heeft accreditatie aangevraagd en verkregen bij de Raad voor Accreditatie (RvA). De Raad van Toezicht

van het CBD ziet toe op de manier waarop het CBD het toezicht de certificering uitvoert (toezicht op toezicht). Het CBD pleit voor een actievere rol van de overheid in het toezicht op verschillende niveaus (normstelling, implementatie, handhaving en uitkomst).

Toezicht behoorde in het verleden tot de verantwoordelijkheid van de IGZ die gericht zou kunnen handhaven op basis van meldingen van het CBD. De IGZ geeft aan het toezicht op drogisten te hebben overgedragen aan de Voedsel en Waren Autoriteit die eveneens de bevoegdheid heeft om toe te zien op de Geneesmiddelenwet waar het drogisten en supermarkten betreft. De IGZ werkt daarom samen met de VWA. Hoewel IGZ zelf aangeeft meldingen serieus te nemen, heeft het CBD het gevoel dat hier weinig prioriteit aan wordt gegeven. Ook enkele andere partijen zouden een actievere rol van de IGZ willen zien, omdat drogisten de wettelijke plicht tot informeren hebben. Tot slot pleit het CBD voor verantwoord trendmatig mystery guest onderzoek in het belang van verbetering van de certificering en de implementatie in de praktijk.

Dit alles leidt tot de volgende constatering:

Het CBD doet veel aan normontwikkeling in de vorm van certificering en protocol- en richtlijnontwikkeling.

Er is veel draagvlak voor certificering onder de drogisterijen, maar de implementatie van de kwaliteitseisen blijft hierbij achter.

Drogisten informeren consumenten vooral over gebruik en werking van zelfzorggeneesmiddelen en minder over de te verwachten effecten en mogelijke risico's. Het imago inzake de betrouwbaarheid van de adviezen kan beter: 75% van de consumenten vindt de drogist een betrouwbare bron. Een meerderheid van de consumenten die geen informatie krijgt, heeft hier geen behoefte aan.

Het CBD vervult zelf een belangrijke rol in het toezicht op drogisten en heeft toezicht hierop geregeld. Een actievere rol vanuit de overheid wordt door het CBD en enkele andere partijen gewenst. De IGZ ziet voor zichzelf geen grote rol in het toezicht op drogisten.

Het CBD pleit voor verantwoord mystery guest onderzoek en zoekt naar mogelijkheden om dit uit te voeren.

7.4 Invulling rol apotheek

Normontwikkeling

De KNMP heeft protocollen ontwikkeld voor zelfzorg. Voor een groot aantal aandoeningen zijn zogenaamde zelfzorgstandaarden ontwikkeld. Voor ieder UA-middel is er daarnaast een UA-Standaard. Een aantal partijen vindt dat de KNMP haar leden meer praktische handvatten zou kunnen bieden, onder andere door gebruikersvriendelijker protocollen.

Implementatie

De vraag is hoe apothekers hun adviesfunctie waarmaken als het gaat om UA-middelen (onderzoeksvraag 4). Omdat het voor de meeste consumenten waarschijnlijk niet duidelijk is wanneer iets een UA- of UAD-middel is, hebben we hen alleen gevraagd naar de apotheek in het algemeen. In de apotheek wordt het vaakst advies gegeven over zelfzorggeneesmiddelen: bij 45% van de laatste aankopen was dat zo. Evenals bij de drogist gebeurt dit in een meerderheid van de gevallen op initiatief van de apotheek zelf. Consumenten geven lang niet altijd het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen (die elders zijn aangeschaft) door aan de apotheker. Dat geldt ook voor patiënten die vier of meer receptgeneesmiddelen chronisch gebruiken. Waakzaamheid is daarom geboden in de apotheek. Echter, apothekers vragen lang niet altijd uit zichzelf of patiënten die receptgeneesmiddelen ophalen ook zelfzorggeneesmiddelen gebruiken (Vervloet 2007; Van Greuningen 2009, Floor 2009). Een aantal veldpartijen vindt dat de apotheker zijn rol in de praktijk beter in zou moeten vullen en meer aan medicatiebewaking zou moeten doen dan nu het geval is. De apotheek geeft wel duidelijk vaker dan de drogist informatie over bijwerkingen en mogelijke interacties met andere geneesmiddelen, zaken die horen bij medicatiebewaking. Ook in de apotheek geldt echter dat het merendeel van de consumenten geen informatie krijgt (en daar geen behoefte aan heeft). Wat betreft betrouwbaarheid inzake het advies over zelfzorggeneesmiddelen door de apotheker geldt dat dit onbetwist is.

Een aantal veldpartijen vindt dat de apotheek een grotere rol kan spelen in de verstrekking van UA-middelen en hierbij taken van de huisarts kan overnemen. Wat betreft het UA-tarief dat apothekers mogen rekenen: slechts een zeer klein aandeel apothekers doet dit daadwerkelijk.

Handhaving

De IGZ is de instantie die moet toezien op de apotheken. De IGZ doet weinig als het gaat om toezicht op de zorg rondom zelfzorggeneesmiddelen vindt een aantal veldpartijen. In de nieuwe indicatorenset van Zichtbare Zorg is voor apothekers een indicator opgenomen over medicatiebewaking bij zelfzorggeneesmiddelen (IGZ). De KNMP zelf levert benchmark informatie en stimuleert de beroepsgroep invulling te geven aan haar rol bij zelfzorgmiddelen. De KNMP streeft evenals het CBD naar goed mystery guest onderzoek.

Bovenstaande leidt tot de volgende constatering:

De apotheker wordt beschouwd als de meest deskundige en betrouwbare informatiebron op het terrein van zelfzorggeneesmiddelen.

De apotheker kan beter invulling geven aan de rol als zorgverlener als het gaat om zelfzorggeneesmiddelen en om medicatiebewaking. Apothekers geven wel vaker dan drogisten informatie over zelfzorggeneesmiddelen.

Een grote meerderheid van de apothekers brengt aan consumenten geen UA-tarief in rekening.

Het toezicht op zorg rondom zelfzorggeneesmiddelen kan verbeterd worden volgens een aantal veldpartijen. De KNMP pleit voor verantwoord mystery guest onderzoek.

7.5 Toonbankverplichting

In 2002 werd de toonbankverplichting afgeschaft, maar er gaan stemmen op deze weer in te voeren. In dit onderzoek is nagegaan of hier draagvlak voor is in het veld.

Langzamerhand is de toonbankverplichting in de praktijk doorgevoerd en liggen bij een aanzienlijk deel van de drogisten zelfzorggeneesmiddelen in de schappen. Ook bij een groeiend aantal apothekers is dat het geval. Uit de peiling in het Consumentenpanel blijkt dat 45% van de mensen aangeeft hun laatste aankoop zelf uit de schappen te hebben gepakt. Een meerderheid van de consumenten geeft echter aan dat zelfzorggeneesmiddelen niet in de schappen zouden moeten liggen. Daar staat weer tegenover dat eveneens een meerderheid vindt het belangrijk zelf te kunnen kiezen.

Als het aan de meeste geïnterviewde partijen ligt, wordt de toonbankverplichting niet opnieuw ingevoerd. Dit is ingegeven door verschillende argumenten. In de eerste plaats het feit dat er geen grote gevolgen lijken te zijn op gebruik en veiligheid.²¹ In de tweede plaats wordt verwezen naar de investeringen die drogisten en apothekers hebben gedaan om verkoop uit de schappen mogelijk te maken. Het is echter niet geheel uit te sluiten dat de stijging van het aantal meldingen van blootstellingen aan paracetamol en ibuprofen (deels) samenhangt met het afschaffen van de toonbankverplichting voor deze middelen.

²¹ Het CBD pleit voor een gedegen onderzoek hiernaar.

Dit leidt tot de volgende constatering:

Er is weinig draagvlak voor herintroductie van een algemene toonbankverplichting en er zijn geen aanwijzingen die pleiten voor algemene herinvoering.

7.6 **Beschouwing : de balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid**

De Geneesmiddelenwet heeft geleid tot wijzigingen in de voorziening van zelfzorggeneesmiddelen. De achtergrond hiervan was onder andere een streven naar meer marktwerking en een grotere eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt. In het licht van dit laatste paste ook het al eerdere afschaffen van de toonbankverplichting. De discussie rondom het verruimen van de verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen draait vooral om de balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid. Deze aspecten komen ook terug in de vier onderzoeksvragen. In deze paragraaf geven we in het licht van de balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid een beschouwing op de resultaten die we voor deze onderzoeksvragen hebben gevonden. Alvorens hierop in te gaan, besteden we eerst aandacht aan de nieuwe indeling van geneesmiddelen.

Indeling zelfzorggeneesmiddelen

Met de introductie van een driedeling binnen de groep zelfzorggeneesmiddelen streeft de Geneesmiddelenwet naar een goede balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid. De driedeling wordt in het veld breed gedragen. De indeling maakt een goede afweging tussen verkrijgbaarheid en veiligheid mogelijk. De uitwerking in de praktijk is in de periode 2007-2010 overigens niet altijd gemakkelijk geweest. In diverse procedures zijn beslissingen van het College aangevochten. Nog steeds vindt een aantal partijen in het veld dat het College de criteria die het hanteert, kan verduidelijken.²² Er is echter progressie geboekt in deze. Er zijn aanpassingen geweest die het systeem transparanter hebben gemaakt. Bovendien is de rol van het College en de invulling daarvan tot aan de Raad van State overeind gebleven. Er is, ondanks de kritische kanttekeningen, over het algemeen vertrouwen dat het College de balans tussen veiligheid en verkrijgbaarheid zo zorgvuldig tracht op te maken.

Effecten van herziene indeling op gebruik en veiligheid (onderzoeksvraag 1)

De eerste onderzoeksvraag heeft betrekking op veranderingen op het veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen naar de herziene indeling. Duidelijk is dat de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen sinds 2007 duidelijk gestegen is, met name van middelen die via vrije verkoop beschikbaar zijn gekomen. Omdat deze trend over een reeks van vier jaren heen doorzet, kan deze stijging niet gezien worden als voorraadvorming. Wel is er in het

²² De minister heeft juni 2010 weergegeven hoe het CBG het criterium *verwaarloosbaar risico* interpreteert en hanteert.

algemeen sprake van een stijgend gebruik van geneesmiddelen in de Nederlandse bevolking, waarin het aandeel ouderen toeneemt. In 2007 steeg het aantal voorschriften bijvoorbeeld met 5,8% (www.sfk.nl).

Wat betreft het veilig gebruik geldt dat er geen systeem is wat de gevolgen van het groeiend gebruik van zelfzorggeneesmiddelen voor de veiligheid duidelijk en volledig monitort. De NVIC-gegevens die we in dit onderzoek omtrent paracetamol laten zien, werden eerder door partijen verschillend uitgelegd. Duidelijk is dat de meeste meldingen zowel bij het LIS als bij het NVIC betrekking hebben op pijnstillers en op paracetamol in het bijzonder. Voor ibuprofen geldt dat vanaf 2007 nauwelijks nog een stijging is waar te nemen in het aantal meldingen. Ook de verkoop van ibuprofen stabiliseerde in diezelfde periode. Voor paracetamol geldt dat de al eerder ingezette stijging sterker doorzet vanaf 2006. Echter, het is niet bekend in hoeverre paracetamol aangeschaft in supermarkten of juist grote verpakkingen paracetamol uit drogisterijen en apotheken bijdragen aan de toename van vergiftigingen.

Wel duidelijk is dat de stijging van het aantal meldingen van paracetamol al langere tijd plaatsvindt. Deze verdient daarom aandacht. Er is relatief weinig bekend over de afloop van deze blootstellingen. Zo is onbekend in hoeveel procent van de vergiftigingen met paracetamol daadwerkelijk leverschade optreedt. Tevens speelt mogelijk de perceptie over de veiligheid van paracetamol (en ibuprofen) een rol. Vrijwel alle Nederlanders beschouwen paracetamol als veilig. Het is derhalve duidelijk dat er nog veel vragen zijn. Daarom is het aan te bevelen nader onderzoek te doen naar de omvang, de oorzaken en gevolgen van blootstellingen aan met name hoge doseringen paracetamol. In het buitenland is onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van paracetamolvergiftigingen, maar deze situaties laten zich niet 1-op-1 vertalen naar de Nederlandse situatie. Onderzoek kan bijvoorbeeld gedaan worden door via peilstations bij Spoedeisende Hulp afdelingen en bij huisartsen extra informatie te verzamelen bij mensen die met een paracetamolvergiftiging binnenkomen. Gegevens over oorzaken moeten zich onder andere richten op de vraag waar en hoe men de paracetamol verkregen heeft en in wat voor soort verpakking. Voor de gevolgen kan een cohort van mensen over langere tijd gevolgd (bijvoorbeeld 1-2 jaar) worden: zijn er blijvende effecten en zo ja, welke effecten zijn dat? En wat zijn de gevolgen voor hun kwaliteit van leven en het zorggebruik?

Toonbankverplichting (onderzoeksvraag 2)

De tweede onderzoeksvraag bedoelde vooral in kaart te brengen of herinvoering van de toonbankverplichting nodig is. Hier kunnen we kort over zijn. Veldpartijen zien geen reden hiertoe en er zijn geen concrete aanwijzingen dat een dergelijke herinvoering nodig is.

De rol van de drogist en apotheker (onderzoeksvragen 3 en 4)

Een belangrijk punt dat in de wet is ingebouwd om een goede balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid te garanderen is de informatieplicht voor drogisten en apothekers bij UA- en UAD-middelen. De twee laatste onderzoeksvragen richtten zich dan ook op de vraag hoe door drogisten, respectievelijk apotheken invulling gegeven wordt aan het leveren van verantwoorde zorg, waarbij informatievoorziening een

belangrijk element is. Om dit laatste te optimaliseren hebben zowel het CBD als de KNMP normen ontwikkeld in de vorm van richtlijnen, protocollen en certificering. Dit was overigens al ingezet voor 2007. In de dagelijkse praktijk zijn deze ontwikkelingen nog niet altijd doorgedrongen. Lang niet altijd krijgen consumenten informatie en wordt gevraagd of zij behoefte aan informatie hebben middels de zeker nuttige kassacheck. Aan de bevordering van de implementatie van de normen, kan landelijk mystery guest onderzoek een bijdrage leveren. Wanneer drogisten en apotheken daar niet goed op scoren, kunnen zij daar op aangesproken worden en bij ernstige gebreken in de voorlichting kunnen certificaten en/of vergunningen ingetrokken worden. Tot nu toe wordt mystery guest onderzoek door verschillende partijen opgezet (of wil men het opzetten). Het is aan te bevelen dat partijen (bijvoorbeeld CBD, KNMP, Consumentenbond, NPCF en IGZ) gezamenlijk komen tot een opzet van mystery guest onderzoek waar iedereen zich in kan vinden zodat een representatief beeld verkregen wordt van de informatie die consumenten ontvangen bij aankoop van UAD- en UA-middelen.

Consumenten hebben vaak geen behoefte aan informatie (en dan geldt de informatieplicht voor drogist en apotheken niet). De vraag is – zie eerder – of dit altijd terecht is. Het streven van het CBD om hun leden meer te stimuleren proactief consumenten te informeren bij risicovolle aankopen is dan ook toe te juichen. Daarnaast kan meer aandacht besteed worden aan bewustwording van consumenten. Het College deed in 2000 al de aanbeveling de bewustwording inzake mogelijke risico's van zelfzorggeneesmiddelen te vergroten. Dit ook in verband met het voornemen destijds om alle zelfzorggeneesmiddelen in de vrije verkoop toe te laten. Voor AV-middelen wordt nu in beginsel de bijsluiter als voldoende beschouwd. Echter, een derde van de consumenten geeft aan de bijsluiter nooit of niet altijd te lezen. Ook gebruikt men zelfzorggeneesmiddelen niet altijd volgens de bijsluiter. Uiteraard is het de verantwoordelijkheid van de consument zelf om de bijsluiter te bestuderen, maar er kan meer aandacht besteed aan de bewustwording in deze. Bovendien is er een groep consumenten voor wie de bijsluiter te moeilijk is.²³ Het vergroten van de bewustwording kan door publiekscampagnes. De snelle ontwikkelingen op het terrein van ICT bieden ook groeiende mogelijkheden, ook op de plek van aankoop in de apotheek, drogist of supermarkt. Mondelinge voorlichting blijft daarnaast ook van belang, zeker als het gaat om het informeren over risicovolle aankopen (bijvoorbeeld in verband met interacties).

Kortom: om de balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid te optimaliseren, zijn in de praktijk van alledag verbeteringen mogelijk wat betreft het verlenen van verantwoorde zorg en het geven van informatie.

²³ In Nederland zijn naar schatting anderhalf miljoen mensen laaggeletterd (<http://www.lezenenschrijven.nl/nl/analfabetisme/>)

7.7 Aanbevelingen

Op basis van voorgaande constateringën doen wij de volgende aanbevelingen:

1. De indeling van zelfzorggeneesmiddelen in drie categorieën en de uitvoering daarvan door het CBG kan gehandhaafd blijven.
Hoewel er in het veld nog steeds kritiek is op de uitwerking in de praktijk, met name op de wijze hoe de criteria tot indeling van de geneesmiddelen worden gehanteerd, blijkt er een groot draagvlak voor deze indeling en ook voor het feit dat het CBG de criteria bepaalt. Het CBG kan wel (nog) meer aandacht besteden aan de motivering van haar beslissingen.
2. Langlopend onderzoek naar de omvang, oorzaken en gevolgen van verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, met name van paracetamol is aan te bevelen.
Het aantal intoxicaties met paracetamol stijgt al sinds 2001, maar niet duidelijk is wat de invloed van de verkrijgbaarheid hierop precies is. Daarnaast is de omvang en aard van de gezondheidseffecten in Nederland niet bekend. Dergelijk onderzoek moet daarom zowel omvang van het probleem, invloed van de verkrijgbaarheid (verkoopkanaal, grootte verpakkingen en doseringen) en gezondheidseffecten (ook op de langere termijn) in kaart brengen.
3. Er moet meer aandacht komen voor bewustmaking van consumenten over het veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen.
Consumenten geven weinig informatie over hun gebruik van zelfzorggeneesmiddelen door aan zorgverleners (ook in geval ze veel chronische medicatie gebruiken) en lijken hun eigen kennis te overschatten. Drogisten en apotheken moeten pro-actiever zijn. Publiekscampagnes kunnen hier een beperkte bijdrage leveren. Nieuwe ICT-oplossingen bieden ook groeiende mogelijkheden om patiënten (op maat) te informeren.
4. Het bevorderen van goede informatievoorziening in drogist en apotheek is nodig.
Hiertoe is eenduidig mystery guest onderzoek gecombineerd met toezicht gewenst. Een door alle partijen gedragen programma dat zowel in apotheken als drogisten wordt uitgevoerd, heeft daarbij de voorkeur. Alleen dan een goed beeld gekregen kan worden of de consument volledig en goed geïnformeerd wordt. Bij ernstige gebreken in de voorlichting – blijkend uit het mystery guest onderzoek – kunnen certificaten en/of vergunningen ingetrokken worden.
5. Er is geen aanleiding de toonbankverplichting weer in te voeren.

Referenties

Bie RM de , de Haan RJ, Nijssen PC, Rutgers AW, Beute GN, Bosch DA, Haaxma R, Schmand B, Schuurman PR, Staal MJ, Speelman JD. Unilateral pallidotomy in Parkinson's disease: a randomised, single-blind, multicentre trial. *Lancet*. 1999 Nov 13;354(9191):1665-9.?

Brinkman ACA, Vervloet M, Van Dijk L, Dute JCJ , Kabel JJC, Friele RD. Evaluatie reclamebesluit geneesmiddelen. Den Haag: ZonMW, 2008.

Cardol M, Van Dijk L, De Jong JD, De Bakker DH, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.

Dijk, L van, Vervloet M, Plas M, Breuning E, Van den Ende E. Negatieve effecten van normaal en verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Een literatuurstudie. Utrecht, NIVEL, 2005.

Gunnell D, Murray V, Hawton K. 2000. Use of paracetamol (acetaminophen) for suicide and nonfatal poisoning: worldwide patterns of use and misuse. *Suicide Life Threat Behav* 30(4):313-26.

Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ* 2001;322(7296):1203-7.

Hawton K, Simkin S, Deeks J, Cooper J, Johnston A, Waters K, Arundel M, Bernal W, Gunson B, Hudson M, Suri D, Simpson K. UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ*. 2004;329(7474):1076

Hawkins LC, Edwards JN, Dargan PI. Impact of restricting paracetamol pack sizes on paracetamol poisoning in the United Kingdom: a review of the literature. *Drug Saf*. 2007;30(6):465-79.

Kisely SR, Lawrence D, Preston NJ. The effect of recalling paracetamol on hospital admissions for poisoning in Western Australia. *Med J Aust* 2003;178(2):72-4.

Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, van den Bemt PM; HARM Study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*. 2008;168(17):1890-6.

Lelie-van der Zande R. Van achter de toonbank of 'zelfselectie' uit het schap? Verkoop van zelfzorgmiddelen. *Pharm Weekbl*. 2002;137(2):51.

Luinenburg J. Uitsluitend apotheek goed voor zorgverlenerschap. Apothekers laten UA-tarief massaal lopen. *Pharm Weekbl*, 2010(23 apr);145:41.

TNS-NIPO. Advisering bij zelfzorggeneesmiddelen in drogisterijen. Amsterdam, TNS-NIPO, 2010.

Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, Farrar K, Park BK, Breckenridge AM. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004 Jul 3;329(7456):15-9.

Reitsma-Van Rooijen M & De Jong J. Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel, 2009. Utrecht: NIVEL, 2009.

Robinson D, Smith AM, Johnston GD. Severity of overdose after restriction of paracetamol availability: retrospective study. *BMJ* 2000;321(7266):926-7.

Schee van der E, Van Dijk L, Blom L, Lelie-van der Zande R, Broerse A. Consumentenpanel Gezondheidszorg peilt leemtes. Medicatiebewaking rond recept- en zelfzorggeneesmiddel. *Pharm Weekbl* 2004;139(18):618-22.

Vervloet M, Van Linschoten CP, Van Dijk L. CQ-index Farmaceutische Zorg. Kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2007.

Zuidgeest M., Hendriks M., Spreeuwenberg P., Rademakers J. Gebruikswaarde van de CQ-index. Deelrapport 1: methoden van dataverzameling bij CQI onderzoek. Utrecht: NIVEL, 2008

Geraadpleegde websites

<http://ikregeer.nl/document/kst-32196-4>)

http://wetten.overheid.nl/BWBR0021505/geldigheidsdatum_07-08-2010 (Geneesmiddelenwet)

<http://www.cbg-meb.nl/NR/rdonlyres/D5F9720E-CEB5-4951-848E-B2A0FA876A56/0/20000229zelfzorg.pdf>

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2006/03/06/nota-van-wijziging-vaststelling-nieuwe-geneesmiddelenwet.html>

www.neprofarm.nl

Geraadpleegde kamerstukken, brieven e.d.

Amendement Buijs-Arib, d.d. 16 februari 2006

Brief VWS, 26801, nr 44

Kamerstuk: GMV 986108; 2008

VWS, 2005, GMT/G 2580068

Kamerstuk 22 894 Preventiebeleid voor de volksgezondheid; Nr. 251 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit

Kamerstuk 22 894 Preventiebeleid voor de volksgezondheid; Nr. 265 Lijst van vragen en antwoorden inzake de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit

Lijst met afkortingen

AV	:	Algemene verkoop
CB	:	Consumentenbond
CBD	:	Centraal Bureau Drogisterijen
CBG	:	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBL	:	Centraal Bureau Levensmiddelenhandel
KNMP	:	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
IGZ	:	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMS	:	Intercontinental Marketing Services
IVM	:	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
LAREB	:	Nederlands Bijwerkingen Centrum
LIS	:	Letsel Informatie Systeem
NIVEL	:	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	:	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NVIC	:	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
OTC	:	Over-The-Counter
RIVM	:	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
RvA	:	Raad voor de Accreditatie
SIR	:	SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy
SEH	:	Spoed Eisende Hulp
UA	:	Uitsluitend Apotheek
UAD	:	Uitsluitend Apotheek en Drogist
UR	:	Uitsluitend Recept
VWA	:	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	:	Wet op de de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WOG	:	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening

Bijlage 1: Lijst met AV-middelen

Lijst van werkzame bestanddelen in producten die in aanmerking kunnen komen voor algemene verkoop (AV) door middel van een versnelde administratieve afhandelingsprocedure. Naar gelang het bestanddeel gelden bepaalde voorwaarden en opmerkingen.
In geval er in onderstaande tabel wordt gesproken over tabletten dan kan dit ook worden gelezen als iedere andere vaste immediate release orale toedieningsvorm in overeenkomende sterkte.

Stof	AV	voorwaarden
Acetylcysteine	x	geen
Aciclovir	x	uitsluitend als crème
Alginaat	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Alginezuur	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Aluminiumhydroxide	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Aluminiumoxide	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Ammoniakale anijsspiritus	x	uitsluitend als bestanddeel in hoestsiroop
Amylmetacresol	x	uitsluitend als bestanddeel in zuigtabletten; uitsluitend zonder menthol
Ascorbinezuur	x	geen
Azelastine hydrochloride	x	uitsluitend als neusspray; uitsluitend voor de behandeling van hooikoorts
Bamipine dilactaat	x	uitsluitend voor dermaal gebruik bij insectenbeten; maximaal 20 g
Benzylamine hydrochloride	x	uitsluitend in zuigtabletten en creme
Broomhexine hydrochloride	x	geen
Cadexomeerjodium	x	uitsluitend in zalf en verband bij geïnfecteerde wonden; zalf maximaal 40 g
Calcium (ca ²⁺)	x	uitsluitend voor de indicatie verhoogde kalkbehoefte
Calciumcarbonaat	x	voor de indicatie verhoogde kalkbehoefte en de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen

Calciumgluconaat 1-water	x	uitsluitend voor de indicatie verhoogde kalkbehoefte
Capsicum extract	x	uitsluitend als dermale creme
Carbocisteine	x	uitsluitend als hoestmiddel
Cetirizine dihydrochloride	x	uitsluitend tabletten. uitsluitend voor volwassenen en kinderen > 6jr; maximaal 10 tabletten; maximaal 10 mg/tablet
Chloorhexidine digluconaat	x	uitsluitend als oplossing; maximaal 15 ml
Coffeine	x	uitsluitend in combinatie met paracetamol; maximaal 50 mg/tablet; zie verder voorwaarden bij paracetamol
Cromoglycaat dinatrium	x	geen
Dequalinium dichloride	x	uitsluitend in zuigtabletten; uitsluitend zonder menthol
Dichloorbenzylalcohol	x	uitsluitend in zuigtabletten; uitsluitend zonder menthol
Eucalyptus olie	x	uitsluitend in verkoudheidsmiddel; niet in combinatie met menthol
Foliumzuur	x	uitsluitend als aanvulling vitamine behoefte
Glucose 0-water	x	
Glucose 1-water	x	
Glycolsalicylaat	x	uitsluitend als wrijfmiddel
Heparinoiden	x	uitsluitend als hulpmiddel bij behandeling sportblessures en letsels bij ongevallen
Hexetidine	x	uitsluitend als mondspoeling
Histamine dihydrochloride	x	uitsluitend als wrijfmiddel
Honing	x	
Ibuprofen	x	uitsluitend orale toedieningsvormen van 200 mg/doseereenheid; maximaal 12 doseereenheden
Jodium	x	uitsluitend in zalf en verband bij geïnfecteerde wonden; zalf maximaal 40 g
Kaliumchloride	x	uitsluitend als ORS
Kaliumwaterstofcarbonaat	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Kamfer	x	uitsluitend in verkoudheidsmiddel; niet in combinatie met menthol

Kool, geactiveerd	x	
Lidocaine	x	uitsluitend als dentaal gebruik bij baby's
Loperamide hydrochloride	x	Uitsluitend voor volwassenen en kinderen >8 jr; maximaal 10 tabletten; maximaal 2mg/tablet; bij kinderen uitsluitend in combinatie met ORS (deze voorwaarde dient op de verpakking te worden vermeld)
Loratadine	x	Uitsluitend tabletten. Uitsluitend voor volwassenen en kinderen > 2 jaar; maximaal 10 tabletten; maximaal 10 mg/tablet. Indien het doseringsvoorschrift niet uitgevoerd kan worden, dient op de verpakking vermeld te worden: "De tablet is niet geschikt voor kinderen met een lichaamsgewicht van minder dan 30 kg.
Magnesium(sub)carbonaat	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Magnesiumhydroxide	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Magnesiumtrisilicaat	x	uitsluitend voor de toepassing als zuurbinder, eventueel in combinatie met andere zuurbindende bestanddelen
Methylnicotinaat	x	uitsluitend in spierbalsems/zalven
Methylsalicylaat	x	uitsluitend in spierbalsems/zalven
Myrteceïne	x	uitsluitend in wrijfmiddel
Natriumwaterstofcitraat-1,5-water	x	uitsluitend als ORS
Nicotine	x	Uitsluitend pleisters, kauwgom en sublinguale tabletten
Nicotinamide	x	geen
Oxychinoline sulfaat	x	uitsluitend als mondspoeling of tablet voor oplossing; niet in combinatie met menthol
Paracetamol	x	voor kinderen in zetpillen en tabletten maximaal 10 stuks en in drank/suspensie in equivalent volume; voor volwassenen max 20 tabletten en max 500 mg/tablet of max 10 zetpillen en max 1000 mg/zetpil
Penciclovir	x	uitsluitend als crème
Povidonjodium	x	uitsluitend als oplossing; maximaal 15 ml
Pramocaine hydrochloride	x	uitsluitend voor dermaal gebruik bij insectenbeten; maximaal 15 g

Pyridoxine hydrochloride	x	geen
Riboflavine	x	geen
Saccharose	x	
Terpentijn olie	x	uitsluitend in verkoudheidsmiddel; niet in combinatie met menthol
Thiamine hydrochloride	x	geen
Thymol	x	uitsluitend in verkoudheidsmiddel; niet in combinatie met menthol
Tijm kruid	x	uitsluitend in hoestsiroop; niet in combinatie met menthol
Tocoferol, dl-alfa- acetaat	x	maximaal 100 tabletten; maximaal 50 mg/tablet
Tripeleennamine hydrochloride	x	uitsluitend voor dermaal gebruik bij insectenbeten; maximaal 10 g
Ureum	x	uitsluitend in zalf/crème
Waterstofperoxide	x	uitsluitend als mondspoeling; uitsluitend verdund

Bijlage 2: Topiclijst interviews

Achtergrond en doel van de interviews

In juli 2007 is de Geneesmiddelenwet in werking getreden. Deze wet regelt de geneesmiddelenvoorziening, ook wat betreft zelfzorggeneesmiddelen. Eveneens wordt de positie van de apotheek en drogist in deze wet omschreven. Bij de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet is bepaald dat binnen drie jaar een evaluatie gehouden moest worden om de nieuwe indeling van de zelfzorggeneesmiddelen te evalueren alsmede de meerwaarde van de drogist in deze.

Het doel van het onderzoek is tweeledig:

Het **eerste doel** van het onderzoek is het inzicht bieden in gevolgen die een verandering in de indeling van zelfzorggeneesmiddelen in Uitsluitend Apotheek (UA), Uitsluitend Apotheek en Drogist (UAD) en Algemene verkoop (AV) heeft gehad voor verkoop en veiligheid. Het **tweede doel** is inzicht te verwerven in de manier waarop drogist en apotheek invulling geven aan de rol die hen is toebedeeld door de wet, te weten het geven van kwalitatief goed advies over zelfzorggeneesmiddelen; voor de drogist betreft dit met name UAD-middelen, voor de apotheek zijn ook de UA-middelen van belang.

De interviews dragen bij aan het bereiken van deze doelstellingen. Met de interviews willen we het volgende bereiken:

1. inzicht krijgen in de visie van stakeholders over: a) de vernieuwde indeling van de zelfzorggeneesmiddelen en de gevolgen daarvan en b). de (afschaffing van) de toonbankverplichting en de gevolgen daarvan en c) meer in het bijzonder op het veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen in Nederland.
2. inzicht krijgen in de visie van de verschillende partijen op de invulling van de verantwoorde zorg door de drogist en die van de apotheker.

Centraal in een evaluatie van wetswijzigingen staat doorgaans de vraag of deze datgene gebracht heeft waarvoor deze was opgesteld? Wat zijn de gevolgen? En ook werken de instrumenten die worden ingezet?

We willen daarom inzicht krijgen in hoe verschillende partijen aankijken tegen de vraag of de veranderingen die door de Geneesmiddelenwet zijn ingevoerd wat betreft zelfzorggeneesmiddelen hun doel bereikt hebben.

Indeling geneesmiddelen

De Geneesmiddelenwet regelt de indeling van zelfzorggeneesmiddelen alsmede de positie van de drogist. Als eerste willen we ingaan op de indeling van de geneesmiddelen in drie categorieën

Vragen

- Wat was volgens u het idee achter de nieuwe indeling van de zelfzorggeneesmiddelen in drie categorieën (UA, UAD, AV)?
- Hoe kijkt uw organisatie tegen *het principe* van deze indeling aan? (hierbij gaat het om het “theoretische” idee)
- Hoe kijkt uw organisatie tegen *de uitwerking in de praktijk* van deze indeling aan?
 - Wat zijn de sterke punten van de huidige indeling in drie groepen? Waarom?
 - Wat zijn mogelijke verbeterpunten van de huidige indeling? Waarom?
 - In hoeverre zijn de criteria die gehanteerd worden voor de indeling van een zelfzorggeneesmiddel in de drie categorieën voldoende helder? Kunt u hierbij voor het doorslaggevende **verwaarloosbare risico** in ogenschouw nemen?
 - Heeft u suggesties voor verheldering?
- In hoeverre heeft de nieuwe indeling in uw ogen gevolgen gehad voor het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen?
 - Heeft u signalen over toegenomen gebruik ontvangen?
 - Zo ja, Welke signalen zijn dat? (kunt u dit getalsmatig onderbouwen; navragen of er bronnen zijn die voor onderzoek gebruikt kunnen worden)
- En daarmee samenhangend welke gevolgen heeft het gehad voor de veiligheid?
 - Heeft u signalen over toegenomen onveiligheid ontvangen (bijvoorbeeld toegenomen aantal vergiftigingen)? Welke signalen zijn dat? (navragen of er bronnen zijn die voor onderzoek gebruikt kunnen worden)
 - In hoeverre beschikken consumenten in uw ogen over voldoende kennis om zelfzorggeneesmiddelen veilig te gebruiken, met name als het gaat om de AV-middelen? Zo niet, wat kan daar aan gedaan worden?
- Zijn de ideeën van uw organisatie over de indeling in de loop van de jaren gewijzigd? Zo ja, in wat voor opzicht, waarom?

Afschaffing toonbankverplichting

Sinds 2002 is de toonbankverplichting vervallen. Hieraan willen we in de evaluatie ook aandacht besteden.

Vragen

- Wat was volgens u het idee achter de afschaffing van de toonbankverplichting?
- Hoe kijkt u tegen *het principe* van deze afschaffing aan? hierbij gaat het om het “theoretische” idee)
- Hoe kijkt u tegen *de uitwerking in de praktijk* aan?
 - Is de afschaffing van de toonbankverplichting sectorbreed doorgevoerd?
 - Welke gevolgen heeft het gehad voor de veiligheid?
 - Heeft u signalen over toegenomen onveiligheid ontvangen? Welke signalen zijn dat? (navragen of er bronnen zijn die voor onderzoek gebruikt kunnen worden)
 - Zijn uw ideeën over de toonbankverplichting in de loop van de tijd gewijzigd, bijvoorbeeld naar aanleiding van de herziening van de indeling in zelfzorggeneesmiddelen? Zo ja, in wat voor opzicht, waarom? (

Invulling rol drogisterij

De drogist heeft van oudsher een belangrijke positie in voorziening van zelfzorggeneesmiddelen. In de Geneesmiddelenwet staat geformuleerd dat: “degene aan wie een UAD-geneesmiddel ter hand wordt gesteld, op duidelijke wijze wordt ingelicht over hetgeen hij redelijkerwijze moet weten over de aard en het doel van het geneesmiddel en de te verwachten gevolgen en risico’s daarvan voor zijn gezondheid, tenzij hij te kennen heeft gegeven daar geen behoefte aan te hebben”.

Vragen

- Hoe kijkt uw organisatie aan tegen de rol van de drogisterij in deze?
 - Mate waarin voorlichting gegeven wordt
 - Kwaliteit van de voorlichting of advies
 - Deskundigheid van het personeel
 - Opleiding van het personeel
 - Certificering
 -
- In hoeverre zijn er hierin verschillen te zien tussen drogisten (vergelijk bijvoorbeeld ‘Keten’-drogisterijen ten opzichte van zelfstandige drogisterijen)
- Zijn er de afgelopen jaren veranderingen geweest in de manier waarop de drogisten hun rol in de voorziening van zelfzorggeneesmiddelen ingevuld hebben (met name n.a.v. de nieuwe indeling in zelfzorggeneesmiddelen? Zo ja, welke zijn dat? Waaruit leidt u dit af? Zo nee, had u naar aanleiding van de veranderingen in de Geneesmiddelenwet wel verwacht? Hoe dan?

- In hoeverre vindt u dat er ruimte is voor verbetering in de manier waarop drogisten hun rol in de geneesmiddelenvoorziening invullen?
 - o Welke taak hebben de overheid/inspectie volgens u in deze?
 - o Welke verantwoordelijkheden heeft de drogisterijsector zelf in deze? Hoe zouden zij die vorm kunnen geven? Heeft de sector zelf hierin een verantwoordelijkheid?

Invulling rol apotheek

De apotheek heeft met name een belangrijke rol als het gaat om het afleveren van UA-middelen.

Vragen

- Hoe kijkt uw organisatie aan tegen de rol van de apotheek in deze?
 - o Mate waarin voorlichting of advies gegeven wordt
 - o Kwaliteit van de voorlichting of advies
 - o Deskundigheid van het personeel
 - o Opleiding van het personeel
 - o Certificering
- In hoeverre zijn er hierin verschillen tussen apotheken (vergelijk bijvoorbeeld ketenapotheken ten opzichte van zelfstandige apotheken)
- Hoe vindt u dat apotheken omgaan met de zogenaamde UA geneesmiddelen? (Vraag ook naar het UA-tarief, bekendheid daarmee)
- Zijn er de afgelopen jaren veranderingen geweest in de manier waarop de apotheken hun rol in de voorziening van overige zelfzorggeneesmiddelen ingevuld hebben? Zo ja, welke zijn dat? Waaruit leidt u dit af?
- In hoeverre vindt u dat er ruimte is voor verbetering in de manier waarop apotheken hun rol in de zelfgeneesmiddelenvoorziening invullen?
 - o Welke taak hebben de overheid/inspectie volgens u in deze?
 - o Welke verantwoordelijkheden heeft de apotheeksector zelf in deze? Hoe zouden zij die vorm kunnen geven? Heeft de sector zelf hierin een verantwoordelijkheid?

Tot slot

Heeft u zelf nog punten die nog niet aan de orde zijn geweest, maar die u belangrijk vindt te vermelden?

Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt. U kunt op dit verslag altijd aanvullingen doen, correcties maken etc. Het verslag is voor ons de basis voor de verwerking in het rapport.

Bijlage 3: Vragenlijst Consumentenpanel

Achtergrondkenmerken

1. Wat is uw geboortedatum? (dd - mm - jjjj)

- -

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
☐ Vrouw

Algemeen gebruik van zelfzorggeneesmiddelen

*Wij willen u graag een aantal vragen stellen over het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die u **zonder recept van een (huis)arts** kunt kopen bij een apotheker en drogist. Een aantal van deze geneesmiddelen kunt u tegenwoordig ook bij de supermarkt en het tankstation kopen. Voorbeelden van zelfzorggeneesmiddelen zijn pijnstillers zoals bijvoorbeeld paracetamol of ibuprofen. Homeopathische middelen, voedingssupplementen en anticonceptiemiddelen zijn géén zelfzorggeneesmiddelen*

3. Heeft u de afgelopen vijf jaar zelfzorggeneesmiddelen gebruikt?
- ☐ Nee → ga door naar vraag 27
☐ Ja
4. Waar koopt u of eventueel uw partner deze zelfzorggeneesmiddelen over het algemeen?
- ☐ Bij de apotheek
☐ Bij de drogist
☐ Bij de supermarkt
☐ Soms bij de één, soms bij de ander
☐ Elders, namelijk
5. Hoe lang is het geleden dat u voor het laatst zelfzorggeneesmiddelen gebruikte?
- ☐ Minder dan 6 maanden geleden
☐ 6 maanden tot 1 jaar
☐ 1 tot 2 jaar → ga door naar vraag 27
☐ 2 tot 3 jaar → ga door naar vraag 27
☐ 4 tot 5 jaar → ga door naar vraag 27

6. Hoe vaak heeft u de onderstaande zelfzorggeneesmiddelen in het afgelopen jaar gebruikt?
(wilt u dit voor ieder zelfzorggeneesmiddel beantwoorden)

	Nooit	Minder dan één keer per maand	Eén of een paar keer per maand	Eén of een paar keer per week	Dagelijks
a Geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn, enzovoort	☐	☐	☐	☐	☐
b Laxeermiddelen (voor de stoelgang)	☐	☐	☐	☐	☐
c Geneesmiddelen voor maag- en darmklachten	☐	☐	☐	☐	☐
d Geneesmiddelen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, hoofdroos, wonden)	☐	☐	☐	☐	☐
e Pijn- en koortswerende geneesmiddelen zoals paracetamol, ibuprofen of diclofenac	☐	☐	☐	☐	☐
f Andere geneesmiddelen	☐	☐	☐	☐	☐

7. Geeft u uw gebruik van zelfzorggeneesmiddelen door aan uw apotheek of arts?

- ☐ Dat geef ik nooit door → *ga door naar vraag 9*
☐ Dat geef ik altijd door
☐ Dat is afhankelijk van het zelfzorggeneesmiddel dat ik gebruik

8. Aan wie geeft u het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen over het algemeen door?

- ☐ Aan mijn apotheek
☐ Aan mijn arts
☐ Aan mijn arts en mijn apotheek
☐ Anders, namelijk

Combineren zelfzorggeneesmiddelen en receptgeneesmiddelen

De volgende vragen gaan over het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen samen met geneesmiddelen waarvoor uw (huis)arts een recept heeft voorgeschreven (zogenaamde receptgeneesmiddelen). Voorbeelden van receptgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen tegen een hoge bloeddruk, diabetes, anticonceptiepillen en ook antibiotica.

9. Wat doet u/zou u doen als u een zelfzorggeneesmiddel gaat gebruiken terwijl u ook een receptgeneesmiddel gebruikt?

Als ik een zelfzorggeneesmiddel ga gebruiken ...	<i>Doe ik nooit/ Zou ik nooit doen</i>	<i>Doe ik soms/ Zou ik soms doen</i>	<i>Doe ik altijd/Zou ik altijd doen</i>
a informeer ik bij de apotheek of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en)	☐	☐	☐
b informeer ik bij de drogist of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en)	☐	☐	☐
c informeer ik bij de huisarts of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en)	☐	☐	☐
d lees ik in de bijsluiter of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en)	☐	☐	☐
e ga ik ervan uit dat het zonder problemen met mijn andere geneesmiddel(en) gebruikt kan worden	☐	☐	☐
f zoek ik op internet informatie op of het problemen kan geven met mijn andere geneesmiddel(en)	☐	☐	☐
g anders namelijk....	☐	☐	☐

10. Hoe vaak is bij aankoop van zelfzorggeneesmiddelen aan u gevraagd of u ook één of meer receptgeneesmiddelen gebruikt?

Als ik een zelfzorggeneesmiddel ga gebruiken vertelt de medewerker van de ...	<i>Nooit</i>	<i>Soms wel, soms niet</i>	<i>Altijd</i>	<i>Niet van toepassing, koop hier nooit/gebruik geen receptgeneesmiddelen</i>
a apotheek of het problemen kan geven met mijn andere receptgeneesmiddel	☐	☐	☐	☐
b drogist of het problemen kan geven met mijn andere receptgeneesmiddel	☐	☐	☐	☐
c supermarkt of het problemen kan geven met mijn andere receptgeneesmiddel	☐	☐	☐	☐

11. Gebruikt u op regelmatige basis (dagelijks of wekelijks) receptgeneesmiddelen voor uw ziekte of aandoening?

- ☐ Nee → *ga door naar vraag 16*
☐ Ja, 1 geneesmiddel op recept
☐ Ja, 2 geneesmiddelen op recept
☐ Ja, 3 geneesmiddelen op recept
☐ Ja, 4 of meer geneesmiddelen op recept

12. Weet u of het laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel in combinatie gebruikt mag worden met uw receptgeneesmiddelen?

- ☐ Nee
☐ Ja

13. Heeft u wel eens gezondheidsklachten gekregen doordat u zelfzorggeneesmiddelen gebruikte in combinatie met een receptgeneesmiddel?

- ☐ Nee → ga door naar vraag 16
- ☐ Ja
- ☐ Weet niet → ga door naar vraag 16

14. Hoe lang is dat geleden?

- ☐ Minder dan 6 maanden
- ☐ 6 maanden tot 1 jaar
- ☐ 1 tot 5 jaar
- ☐ 5 tot 10 jaar
- ☐ 10 jaar of langer

15. Om welke gezondheidsklachten gaat/ging het?

Gebruik van laatste zelfzorggeneesmiddel

De volgende vragen gaan specifiek over het zelfzorggeneesmiddel dat u het laatste heeft gekocht. Mocht u zich niet meer kunnen herinneren waar en welk zelfzorggeneesmiddel u het laatst heeft gekocht ga dan door naar vraag 27 (naar oordeel over vrije verkrijgbaarheid zelfzorggeneesmiddelen)

16. Welk zelfzorggeneesmiddel heeft u het laatste gekocht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Weet ik niet meer → ga door naar vraag 27
- ☐ Geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn, enzovoort
- ☐ Laxeermiddelen (voor de stoelgang)
- ☐ Geneesmiddelen voor maag- en darmklachten
- ☐ Geneesmiddelen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, hoofdroos, wonden)
- ☐ Pijn- en koortswerende geneesmiddelen zoals paracetamol, ibuprofen of diclofenac
- ☐ Ander zelfzorggeneesmiddel

17. Weet u ook de naam van dat zelfzorggeneesmiddel? Zo ja, zou u de naam van het middel in het tekstvak willen schrijven?

18. Waar heeft u voor het laatst een zelfzorggeneesmiddel gekocht?

- ☐ Bij de apotheek
- ☐ Bij de drogist
- ☐ Bij de supermarkt
- ☐ Elders, namelijk

19. Lag het zelfzorggeneesmiddel achter de kassa/toonbank of kon u het zelf pakken?

- ☐ Het zelfzorggeneesmiddel lag achter de kassa/toonbank
- ☐ Ik kon het zelfzorggeneesmiddel zelf pakken
- ☐ Weet ik niet meer

20. Heeft u bij de aankoop van uw zelfzorggeneesmiddel informatie van een medewerker gekregen?
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 23*
 - ☐ Ja, de medewerker gaf uit zichzelf informatie
 - ☐ Ja, ik heb zelf om informatie gevraagd
21. Waar heeft u informatie over gekregen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ☐ Over de werking van het zelfzorggeneesmiddel
 - ☐ Over het gebruik van het zelfzorggeneesmiddel
 - ☐ Over de bijwerkingen van het zelfzorggeneesmiddel
 - ☐ Over het gebruik van het zelfzorggeneesmiddel met andere geneesmiddelen
 - ☐ Anders, namelijk
 - ☐
22. Hoe betrouwbaarheid vond u de informatie die u over uw zelfzorggeneesmiddel hebt gekregen?
- ☐ Niet betrouwbaar
 - ☐ Enigszins betrouwbaar
 - ☐ Betrouwbaar
 - ☐ Zeer betrouwbaar
 - ☐ Geen mening
23. Had u wel informatie over het zelfzorggeneesmiddel van een medewerker willen krijgen?
- ☐ Nee, ik heb geen behoefte aan informatie over dit zelfzorggeneesmiddel → *ga door naar vraag 25*
 - ☐ Nee, ik heb al eerder informatie ontvangen over dit zelfzorggeneesmiddel → *ga door naar vraag 25*
 - ☐ Ja
24. Waar had u informatie over willen hebben? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ☐ Over de werking van het zelfzorggeneesmiddel
 - ☐ Over het gebruik van het zelfzorggeneesmiddel
 - ☐ Over de bijwerkingen van het zelfzorggeneesmiddel
 - ☐ Over het gebruik van het zelfzorggeneesmiddel met andere geneesmiddelen
 - ☐ Anders, namelijk
25. Mag het laatst gekochte zelfzorggeneesmiddel in combinatie gebruikt worden met uw overige geneesmiddelen? [andere antwoordcategorieën van gemaakt naar aanleiding van opmerkingen]
- ☐ Dat weet ik niet → *ga door naar vraag 27*
 - ☐ Nee, dat mag niet
 - ☐ Ja, daar ga ik gewoon vanuit
 - ☐ Ja, dat weet ik zeker
 - ☐ Niet van toepassing
26. Hoe bent u dit te weten gekomen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ☐ Apotheker
 - ☐ Drogist
 - ☐ Bijsluiter
 - ☐ (Huis)arts/specialist
 - ☐ Internet
 - ☐ Verpleegkundige
 - ☐ Praktijkondersteuner/doktersassistent(e)
 - ☐ Anders namelijk.....

Oordeel over vrije verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen

Hieronder volgt een aantal vragen en stellingen over de vrije verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen. Vrije verkrijgbaarheid wil zeggen dat bepaalde zelfzorggeneesmiddelen niet alleen via de apotheek of drogist te verkrijgen zijn, maar bijvoorbeeld ook bij de supermarkt of het tankstation. Ook als u in de afgelopen tijd geen zelfzorggeneesmiddelen heeft gekocht vragen wij u deze vragen en stellingen te beantwoorden

27. In hoeverre bent u het met de volgende uitspraken eens?

		<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Niet mee oneens/ niet mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
a	Het is de eigen verantwoordelijkheid van mensen om bij het gebruik van een zelfzorggeneesmiddel in combinatie met een receptgeneesmiddel te informeren of dit problemen kan geven	☐	☐	☐	☐	☐
b	Ik vind het belangrijk dat ik in de winkel zelf een keuze kan maken uit de soorten en merken pijnstillers	☐	☐	☐	☐	☐
c	Zelfzorggeneesmiddelen horen achter de toonbank te liggen en niet in de zelfbedieningsschappen	☐	☐	☐	☐	☐
d	Bij zelfzorggeneesmiddelen moet altijd mondelinge voorlichting gegeven worden	☐	☐	☐	☐	☐
e	Op verkooppunten waar zelfzorggeneesmiddelen verkrijgbaar zijn moet deskundig personeel aanwezig zijn	☐	☐	☐	☐	☐
f	Vrije verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen kan een gevaar vormen voor mensen die meerdere geneesmiddelen tegelijk gebruiken	☐	☐	☐	☐	☐
g	Vrije verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen geeft meer kans op verkeerd gebruik van deze middelen	☐	☐	☐	☐	☐

28. In hoeverre bent u het eens met de onderstaande stellingen?

		<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Niet mee oneens/ niet mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
a	Ik kan goed zelf een keuze maken uit de soorten en merken zelfzorggeneesmiddelen	☐	☐	☐	☐	☐
b	Ik weet precies hoe ik zelfzorggeneesmiddelen veilig kan gebruiken	☐	☐	☐	☐	☐
c	Als ik advies probeer te krijgen over een zelfzorggeneesmiddel dan krijg ik gemakkelijk de juiste informatie	☐	☐	☐	☐	☐

29. De volgende stellingen hebben betrekking op **anderen**. In hoeverre bent u het eens met de onderstaande stellingen?

		<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Niet mee oneens/ niet mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
a	Anderen kunnen goed zelf een keuze maken uit de soorten en merken zelfzorggeneesmiddelen	☐	☐	☐	☐	☐
b	Anderen weten precies hoe ze zelfzorggeneesmiddelen veilig kunnen gebruiken	☐	☐	☐	☐	☐
c	Als anderen advies proberen te krijgen over een zelfzorggeneesmiddel dan krijgen zij gemakkelijk de juiste informatie	☐	☐	☐	☐	☐

30. Zelfzorggeneesmiddelen zijn bij verschillende verkooppunten te koop. Hoe belangrijk zijn onderstaande aspecten bij uw keuze voor een verkooppunt? (wilt u dit voor ieder aspect beantwoorden)

		<i>Erg onbelangrijk</i>	<i>Onbelangrijk</i>	<i>Niet belangrijk/niet onbelangrijk</i>	<i>Belangrijk</i>	<i>Erg belangrijk</i>
a	Goede bereikbaarheid	☐	☐	☐	☐	☐
b	Korte wachttijden	☐	☐	☐	☐	☐
c	Ruime openingstijden	☐	☐	☐	☐	☐
d	Deskundigheid van het personeel	☐	☐	☐	☐	☐
e	Behulpzaamheid van het personeel	☐	☐	☐	☐	☐
f	Goede voorlichting door het personeel	☐	☐	☐	☐	☐
g	Betaalbaarheid	☐	☐	☐	☐	☐

31. Welke van de genoemde redenen bij de keuze voor een verkooppunt vindt u het belangrijkste? U mag maximaal drie redenen aankruisen.

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Goede bereikbaarheid | ☐ |
| b. Korte wachttijden | |
| c. Ruime openingstijden | ☐ |
| d. Deskundigheid van het personeel | ☐ |
| e. Behulpzaamheid van het personeel | ☐ |
| f. Goede voorlichting door het personeel | ☐ |
| g. Betaalbaarheid | ☐ |

32. Welk verkooppunt voldoet volgens u het best aan de genoemde aspecten? (wilt u dit voor ieder aspect beantwoorden, dus 1 antwoord per regel)

- | | <i>Apotheker</i> | <i>Drogist</i> | <i>Supermarkt</i> | <i>Tankstation</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Goede bereikbaarheid | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b Korte wachttijden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c Ruime openingstijden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d Deskundigheid van het personeel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| e Behulpzaamheid van het personeel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| f Goede voorlichting door het personeel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| g Betaalbaarheid | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

33. Welk verkooppunt van zelfzorggeneesmiddelen heeft uw voorkeur?

- ☐ Apotheek
☐ Drogist
☐ Supermarkt
☐ Tankstation
☐ Dat hangt van het zelfzorggeneesmiddel af
☐ Anders namelijktekstvak
☐ Geen voorkeur

34. Hoe beoordeelt u informatie over zelfzorggeneesmiddelen van elk van de onderstaande bronnen? (wilt u dit voor iedere bron beantwoorden)

- | | <i>Niet
betrouwbaar</i> | <i>Enigszins
Betrouwbaar</i> | <i>Betrouwbaar</i> | <i>Ze
er
betrouwbaar</i> | <i>Geen
mening</i> |
|--|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| a Apotheker | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b Drogist | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c Bijsluiter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d Huisarts/specialist | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| e Internet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| f Verpleegkundige | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| g Praktijkondersteuner/
doktersassistent(e) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| h Medewerker van een tankstation | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| i Medewerker van een supermarkt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

35. In de onderstaande lijst is een aantal situaties geschetst. Wilt u per situatie aangeven of u deze belangrijk vindt?

	<i>Ze er onbelangrij k</i>	<i>Onbelangrij k</i>	<i>Niet onbelangrij k/ niet belangrijk</i>	<i>Belangrij k</i>	<i>Ze er belangrij k</i>
a Dat er tijdens openingstijden altijd een apotheker in een apotheek aanwezig is vind ik	☐	☐	☐	☐	☐
b Dat ik wanneer ik dat wil bij een apotheek door een gediplomeerd apotheker geholpen kan worden in plaats van een minder goed opgeleide medewerker vind ik	☐	☐	☐	☐	☐
d Dat ik wanneer ik dat wil bij een drogist door een gediplomeerd drogist geholpen kan worden in plaats van een minder opgeleide medewerker vind ik	☐	☐	☐	☐	☐
e Dat de overheid regels opstelt waaraan verkopers van zelfzorggeneesmiddelen zich moeten houden vind ik	☐	☐	☐	☐	☐
f Dat alleen zelfzorggeneesmiddelen waarvan zeker is dat ze geen problemen kunnen geven met receptgeneesmiddelen bij de supermarkt verkocht kunnen worden vind ik	☐	☐	☐	☐	☐

36. Kunt u voor de onderstaande pijnstillers aangeven waar deze middelen naar uw mening verkrijgbaar mogen zijn?

	<i>Apotheker</i>	<i>Drogist</i>	<i>Supermarkt / tankstation</i>	<i>Alleen op recept</i>	<i>Weet ik niet</i>
a Pijnstillers die bij normaal gebruik geen bijwerkingen geven, maar bij inname van teveel tabletten ernstige schade kunnen veroorzaken	☐	☐	☐	☐	☐
b Pijnstillers die geregeld lichte bijwerkingen kunnen geven zoals maag-darmklachten maar nooit ernstige bijwerkingen	☐	☐	☐	☐	☐
c Pijnstillers die in zeldzame gevallen (bij minder dan 1 op de 1000) personen ernstigere bijwerkingen kunnen geven zoals maagbloedingen	☐	☐	☐	☐	☐
d Pijnstillers die bij normaal gebruik veilig zijn, maar in combinatie met bepaalde receptgeneesmiddelen ernstige bijwerkingen kunnen geven	☐	☐	☐	☐	☐
e Pijnstillers die door de meeste mensen veilig gebruikt kunnen worden, maar bij ouderen of mensen met bijkomende ziekten ernstige bijwerkingen kunnen geven	☐	☐	☐	☐	☐
f Pijnstillers die door de meeste mensen veilig gebruikt kunnen worden, maar bij kinderen ernstige bijwerkingen kunnen geven	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 4: Uitgebreide omzet- en prijsgegevens Nielsen

OMZET

SUPERMARKT/DROGIST

TOTAAL	Omzet x 1000						
	<u>2005 (52w)</u>	<u>2006 (52w)</u>	<u>2007 (52w)</u>	<u>2008 (52w)</u>	<u>2009 (53w)</u>	<u>vrts jr wk 24 2010 (53w)</u>	<u>verandering 2005-2010 (%)</u>
Anti roken	12.707	11.542	12.318	14.148	13.789	14.080	10,81
Vermoeide benen	1.827	1.647	1.396	1.328	1.196	1.186	-35,09
Aambeï	2.463	2.539	2.644	3.605	3.721	3.766	52,92
Hoofdluis	2.249	2.687	3.212	3.412	3.619	3.630	61,40
Voetschimmel	5.296	5.846	6.095	6.243	6.760	6.861	29,53
Huidirritatie	5.485	5.263	4.902	6.305	6.864	7.423	35,34
Koortslip	5.721	6.872	7.378	7.446	7.680	7.383	29,03
Muggenbeet	4.679	6.392	5.597	5.906	6.735	6.862	46,67
Oor	2.373	2.641	2.768	2.882	2.754	2.557	7,75
Wrat	3.331	3.623	3.176	3.766	4.308	4.129	23,95
Reisziekte	1.155	1.253	1.306	1.452	1.481	1.523	31,89
Alg. Pijnstillers	62.579	64.333	64.152	65.743	70.348	70.021	11,89
Sierpijn	18.021	17.367	18.445	18.301	19.073	19.812	9,94
Diarree	4.725	5.274	5.839	7.015	7.271	7.427	57,19
Laxeermiddelen	3.385	3.342	3.460	3.682	4.027	4.198	24,02
Maagpreparaten	13.913	13.746	14.421	16.017	17.278	17.494	25,74
Hooikoorts	6.074	7.175	7.050	7.935	8.427	7.796	28,35
Griep	8.618	7.525	8.609	9.936	11.305	9.799	13,70
Hoest&verkoudh.	34.573	32.825	35.340	34.583	37.428	36.855	6,60
Keel	12.895	13.281	14.886	16.150	19.220	18.836	46,07
Rhinologica	24.989	26.463	29.551	31.521	33.800	35.833	43,39
Zwangerschapstest	8.743	8.943	9.397	10.328	11.845	12.209	39,64
Vit/min/suppl	264.839	262.200	253.920	245.200	250.394	250.026	-5,59

Ibuprofen	17.360	18.755	18.760	18.675	19.104	19.201	10,60
Paracetamol	30.005	30.430	31.112	32.537	36.169	36.132	20,42
Oog	3.059	3.260	3.248	3.284	3.593	3.824	25,02
Alg pijnst. Excl. Parac.	32.573	33.903	33.040	33.205	34.179	33.889	4,04
Totaal excl. Vms	248.859	253.839	265.190	280.988	302.523	303.503	21,96
Totaal met invloed 'av'	186.817	189.087	201.249	213.275	231.501	232.040	24,21
Totaal zonder invloed 'av'	62.042	64.752	63.942	67.712	71.022	71.463	15,19
Totaal	513.699	516.038	519.110	526.188	552.917	553.529	

DROGIST	Omzet x 1000					vrts jr wk 24 2010	verandering
	2005 (52w)	2006 (52w)	2007 (52w)	2008 (52w)	2009 (53w)	(53w)	2005-2010 (%)
Anti roken	11.760	10.673	11.395	12.938	12.556	12.826	9,06
Vermoeide benen	1.778	1.606	1.366	1.287	1.155	1.147	-35,49
Aambeï	2.318	2.391	2.465	3.389	3.492	3.532	52,40
Hoofdluis	2.198	2.630	3.121	3.293	3.499	3.519	60,13
Voetschimmel	5.112	5.627	5.825	5.971	6.503	6.608	29,26
Huidirritatie	5.315	5.127	4.759	6.125	6.674	7.219	35,82
Koortslip	5.267	6.454	6.846	6.670	6.805	6.512	23,63
Muggenbeet	4.441	5.998	5.267	5.372	6.089	6.204	39,70
Oor	2.260	2.533	2.661	2.752	2.628	2.442	8,07
Wrat	3.210	3.513	3.064	3.603	4.126	3.941	22,79
Reisziekte	1.090	1.203	1.230	1.309	1.322	1.357	24,46
Alg. Pijnstillers	55.060	56.849	55.550	54.882	57.866	57.102	3,71
Spierpijn	16.876	16.343	16.906	16.488	17.259	17.935	6,28
Diarree	4.370	4.895	5.333	5.928	5.974	6.041	38,25
Laxeermiddelen	3.098	3.062	3.127	3.350	3.690	3.881	25,27
Maagpreparaten	12.102	11.995	12.262	12.806	13.357	13.348	10,30
Hooikoorts	5.717	6.809	6.584	6.765	7.121	6.582	15,12

Griep	7.921	6.931	7.789	8.764	9.881	8.459	6,80
Hoest&verkoudh.	30.718	29.027	30.668	28.888	30.984	30.099	-2,02
Keel	11.449	11.779	12.714	13.061	15.086	14.520	26,82
Rhinologica	21.856	23.128	25.276	26.374	27.944	29.516	35,05
Zwangerschapstest	8.449	8.675	8.973	9.535	10.876	11.155	32,04
Vit/min/suppl	249.888	247.103	237.588	226.623	229.513	229.422	-8,19
Ibuprofen	15.448	16.708	16.395	16.295	16.726	16.733	8,32
Paracetamol	26.392	26.775	26.664	25.741	27.804	27.377	3,73
Oog	2.974	3.185	3.168	3.191	3.500	3.731	25,42
Alg pijnst. Excl. Parac.	28.667	30.074	28.886	29.141	30.062	29.725	3,69
Totaal excl. Vms	225.338	230.436	236.347	242.741	258.388	257.676	14,35
Totaal met invloed 'av'	168.408	170.688	177.905	180.639	193.059	191.931	13,97
Totaal zonder invloed 'av'	56.930	59.748	58.442	62.102	65.329	65.745	15,48
Totaal	475.227	477.539	473.935	469.364	487.901	487.098	

SUPERMARKT

Omzet x 1000

	2005 (52w)	2006 (52w)	2007 (52w)	2008 (52w)	2009 (53w)	<u>vrts jr wk 24 2010</u> <u>(53w)</u>	
Anti roken	947	868	923	1.210	1.232	1.255	32,52
Vermoeide benen	49	40	30	41	41	39	-20,87
Aambeï	145	149	179	216	229	234	61,26
Hoofdluis	52	56	91	119	120	111	115,69
Voetschimmel	184	219	270	272	257	252	37,18
Huidirritatie	169	136	144	180	190	204	20,37
Koortslip	455	418	531	776	874	871	91,61
Muggenbeet	237	394	331	534	646	658	177,02
Oor	114	108	107	130	126	115	1,44
Wrat	121	111	112	163	182	188	54,69
Reisziekte	64	50	76	143	159	166	158,23

Alg. Pijnstillers	7.519	7.485	8.603	10.861	12.483	12.919	71,82
Sierpijn	1.145	1.024	1.539	1.813	1.814	1.876	63,83
Diarree	355	379	505	1.087	1.297	1.386	290,40
Laxermiddelen	287	280	333	331	337	317	10,60
Maagpreparaten	1.811	1.751	2.160	3.211	3.921	4.147	128,96
Hooikoorts	357	366	467	1.170	1.307	1.214	240,12
Griep	697	594	820	1.172	1.424	1.340	92,10
Hoest&verkoudh.	3.855	3.798	4.672	5.695	6.444	6.756	75,27
Keel	1.446	1.501	2.172	3.089	4.134	4.316	198,56
Rhinologica	3.133	3.334	4.275	5.147	5.856	6.317	101,61
Zwangerschapstest	294	267	424	793	969	1.053	258,23
Vit/min/suppl	14.951	15.097	16.332	18.577	20.881	20.604	37,81
Ibuprofen	1.912	2.047	2.365	2.380	2.378	2.468	29,07
Paracetamol	3.613	3.655	4.448	6.797	8.365	8.755	142,31
Oog	85	75	80	93	93	94	10,79
Alg pijnst. Excl. Parac.	3.906	3.829	4.155	4.064	4.118	4.165	6,62
Totaal excl. Vms	23.521	23.403	28.843	38.247	44.135	45.828	94,84
Totaal met invloed 'av'	18.409	18.399	23.343	32.636	38.442	40.109	117,87
Totaal zonder invloed 'av'	5.112	5.003	5.500	5.611	5.693	5.719	11,88
Totaal	38.472	38.500	45.175	56.824	65.016	66.431	

VERPAKKINGEN

SUPERMARKT/DROGIST

TOTAAL	Verp. x 1000						
	<u>2005 (52w)</u>	<u>2006 (52w)</u>	<u>2007 (52w)</u>	<u>2008 (52w)</u>	<u>2009 (53w)</u>	<u>vrts jr wk 24 2010 (53w)</u>	<u>verandering 2005-2010 (%)</u>
Anti roken	779	731	859	1.021	1.013	1.037	33,03
Vermoeide benen	254	198	157	144	125	118	-53,47
Aambei	436	440	434	495	498	504	15,39
Hoofdluis	247	274	321	340	340	333	34,54
Voetschimmel	696	758	737	745	803	812	16,69
Huidirritatie	693	701	635	770	822	870	25,43
Koortslip	963	1.081	1.115	1.124	1.147	1.102	14,44
Muggenbeet	1.027	1.394	1.214	1.223	1.328	1.333	29,84
Oor	373	397	392	390	370	346	-7,28
Wrat	439	466	390	434	467	449	2,18
Reisziekte	382	406	417	444	411	397	4,14
Alg. Pijnstillers	26.675	26.619	26.961	29.554	31.889	32.103	20,35
Spierpijn	2.193	2.099	2.310	2.176	2.208	2.318	5,73
Diarree	1.327	1.443	1.522	1.872	1.935	1.964	47,99
Laxeermiddelen	1.400	1.407	1.460	1.511	1.574	1.565	11,80
Maagpreparaten	3.027	2.858	2.961	3.231	3.342	3.379	11,62
Hooikoorts	824	953	914	1.224	1.350	1.234	49,74
Griep	1.356	1.172	1.329	1.551	1.698	1.488	9,72
Hoest&verkoudh.	6.854	6.506	6.995	6.823	7.180	7.055	2,93
Keel	3.328	3.371	3.697	3.803	4.253	4.205	26,35
Rhinologica	7.183	7.607	8.353	8.834	9.582	10.017	39,45
Zwangerschapstest	878	915	969	1.102	1.202	1.251	42,44
Vit/min/suppl	29.102	27.960	26.481	25.859	26.821	26.851	-7,73

Ibuprofen	4.849	5.248	5.037	4.937	4.965	4.976	2,62
Paracetamol	17.642	17.333	18.127	21.028	23.401	23.729	34,50
Oog	455	470	461	462	500	540	18,74
Alg pijnst. Excl. Parac.	9.033	9.286	8.835	8.526	8.488	8.374	-7,29
Totaal excl. Vms	61.790	62.265	64.601	69.271	74.037	74.420	20,44
Totaal met invloed 'av'	47.763	47.868	50.780	55.455	60.050	60.510	26,69
Totaal zonder invloed 'av'	14.027	14.397	13.821	13.817	13.987	13.910	-0,83
Totaal	90.892	90.225	91.082	95.130	100.859	101.272	

DROGIST

Verp. x 1000

	2005 (52w)	2006 (52w)	2007 (52w)	2008 (52w)	2009 (53w)	<u>vrts jr wk 24 2010</u> <u>(53w)</u>	<u>verandering</u> <u>2005-2010 (%)</u>
Anti roken	704	664	778	893	875	894	26,93
Vermoeide benen	248	193	154	140	121	114	-53,90
Aambeï	409	412	403	460	462	468	14,51
Hoofdluis	241	268	312	329	330	323	33,86
Voetschimmel	671	730	704	713	773	782	16,61
Huidirritatie	666	680	611	741	793	839	25,92
Koortslip	892	1.017	1.035	1.002	1.009	966	8,32
Muggenbeet	976	1.307	1.131	1.087	1.168	1.175	20,46
Oor	352	378	374	370	350	328	-6,73
Wrat	421	450	374	415	448	429	1,89
Reisziekte	360	389	392	396	358	345	-4,21
Alg. Pijnstillers	23.134	23.188	22.774	22.251	22.803	22.476	-2,85
Spierpijn	2.054	1.974	2.030	1.903	1.971	2.067	0,65
Diarree	1.223	1.337	1.381	1.446	1.410	1.400	14,44
Laxeermiddelen	1.284	1.295	1.332	1.379	1.436	1.431	11,49
Maagpreparaten	2.638	2.482	2.509	2.546	2.541	2.522	-4,40
Hooikoorts	773	902	851	868	899	819	5,91

Griep	1.230	1.068	1.192	1.343	1.441	1.237	0,59
Hoest&verkoudh.	6.014	5.578	5.810	5.450	5.662	5.471	-9,03
Keel	2.957	2.989	3.122	3.062	3.331	3.240	9,58
Rhinologica	6.276	6.593	7.119	7.434	7.934	8.269	31,74
Zwangerschapstest	849	888	926	1.019	1.103	1.143	34,58
Vit/min/suppl	25.960	24.956	23.567	22.849	23.454	23.656	-8,88
Ibuprofen	4.239	4.625	4.339	4.249	4.250	4.201	-0,88
Paracetamol	15.251	14.979	15.088	14.806	15.404	15.231	-0,13
Oog	440	458	449	447	486	525	19,40
Alg pijnst. Excl. Parac.	7.883	8.209	7.686	7.445	7.399	7.244	-8,10
Totaal excl. Vms	54.812	55.238	55.764	55.696	57.702	57.263	4,47
Totaal met invloed 'av'	42.196	42.167	43.365	43.256	45.105	44.778	6,12
Totaal zonder invloed 'av'	12.615	13.071	12.399	12.439	12.597	12.485	-1,03
Totaal	80.772	80.195	79.331	78.545	81.156	80.919	

SUPERMARKT

Verp. x 1000

	2005 (52w)	2006 (52w)	2007 (52w)	2008 (52w)	2009 (53w)	<u>vrts jr wk 24 2010</u> <u>(53w)</u>	
Anti roken	75	68	81	128	138	143	90,45
Vermoeide benen	6	5	3	4	4	4	-35,13
Aambeï	28	28	31	35	36	35	28,41
Hoofdluis	6	6	9	11	11	10	61,48
Voetschimmel	25	29	33	32	30	30	18,61
Huidirritatie	27	22	24	29	29	30	13,26
Koortslip	71	64	80	122	138	136	90,93
Muggenbeet	51	86	83	136	161	158	209,28
Oor	21	19	18	20	20	18	-16,28
Wrat	18	16	15	19	20	20	8,76
Reisziekte	22	16	24	47	53	53	142,94

Alg. Pijnstillers	3.540	3.431	4.187	7.303	9.086	9.627	171,94
Spierpijn	139	125	280	273	237	251	80,75
Diarree	104	105	140	426	526	564	443,28
Laxeermiddelen	116	112	128	132	138	134	15,21
Maagpreparaten	389	376	452	685	801	857	120,17
Hooikoorts	51	50	63	355	451	416	710,52
Griep	127	104	136	208	257	251	98,40
Hoest&verkoudh.	840	928	1.185	1.373	1.518	1.584	88,53
Keel	371	382	574	741	922	965	159,87
Rhinologica	907	1.014	1.234	1.400	1.647	1.749	92,83
Zwangerschapstest	29	27	43	83	100	108	271,92
Vit/min/suppl	3.142	3.004	2.914	3.009	3.368	3.196	1,71
Ibuprofen	610	623	698	688	715	774	26,93
Paracetamol	2.390	2.354	3.039	6.222	7.997	8.497	255,51
Oog	14	13	13	14	14	14	-1,42
Alg pijnst. Excl. Parac.	1.150	1.077	1.149	1.081	1.089	1.130	-1,75
Totaal excl. Vms	6.979	7.027	8.838	13.576	16.335	17.157	145,86
Totaal met invloed 'av'	5.567	5.701	7.416	12.199	14.945	15.732	182,61
Totaal zonder invloed 'av'	1.412	1.326	1.422	1.377	1.390	1.425	0,94
Totaal	10.120	10.031	11.752	16.585	19.703	20.353	

PRIJS

SUPERMARKT/DROGIST

TOTAAL

Cons. Prijs incl. BTW

	<u>2005</u> <u>(52w)</u>	<u>2006</u> <u>(52w)</u>	<u>2007</u> <u>(52w)</u>	<u>2008</u> <u>(52w)</u>	<u>2009</u> <u>(53w)</u>	<u>vrts jr wk 24 2010 (53w)</u>	<u>verandering</u> <u>2005-2010 (%)</u>
Anti roken	16,31	15,78	14,34	13,86	13,61	13,58	-16,71
Vermoeide benen	7,20	8,34	8,88	9,20	9,59	10,05	39,51
Aambei	5,64	5,77	6,10	7,28	7,47	7,48	32,53
Hoofdluis	9,09	9,79	10,00	10,04	10,64	10,90	19,96
Voetschimmel	7,61	7,71	8,27	8,38	8,42	8,45	11,01
Huidirritatie	7,91	7,50	7,72	8,19	8,35	8,54	7,90
Koortslip	5,94	6,36	6,62	6,62	6,70	6,70	12,75
Muggenbeet	4,56	4,59	4,61	4,83	5,07	5,15	12,96
Oor	6,37	6,66	7,07	7,39	7,45	7,40	16,21
Wrat	7,58	7,77	8,15	8,68	9,22	9,20	21,31
Reisziekte	3,03	3,09	3,14	3,27	3,60	3,83	26,64
Alg. Pijnstillers	2,35	2,42	2,38	2,22	2,21	2,18	-7,03
Spierpijn	8,22	8,27	7,99	8,41	8,64	8,55	3,98
Diarree	3,56	3,66	3,84	3,75	3,76	3,78	6,22
Laxeermiddelen	2,42	2,38	2,37	2,44	2,56	2,68	10,93
Maagpreparaten	4,60	4,81	4,87	4,96	5,17	5,18	12,65
Hooikoorts	7,37	7,53	7,71	6,49	6,24	6,32	-14,29
Griep	6,35	6,42	6,48	6,41	6,66	6,59	3,64
Hoest&verkoudh.	5,04	5,05	5,05	5,07	5,21	5,22	3,56
Keel	3,87	3,94	4,03	4,25	4,52	4,48	15,61
Rhinologica	3,48	3,48	3,54	3,57	3,53	3,58	2,82
Zwangerschapstest	9,95	9,78	9,70	9,37	9,85	9,76	-1,97
Vit/min/suppl	9,10	9,38	9,59	9,48	9,34	9,31	2,32
Ibuprofen	3,58	3,57	3,72	3,78	3,85	3,86	7,78

Paracetamol	1,70	1,76	1,72	1,55	1,55	1,52	-10,47
Oog	6,73	6,93	7,04	7,11	7,18	7,09	5,29
Alg pijnst. Excl. Parac.	3,61	3,65	3,74	3,89	4,03	4,05	12,23
Totaal excl. Vms	4,03	4,08	4,11	4,06	4,09	4,08	1,26
Totaal met invloed 'av'	3,91	3,95	3,96	3,85	3,86	3,83	-1,96
Totaal zonder invloed 'av'	4,42	4,50	4,63	4,90	5,08	5,14	16,15
Totaal	5,65	5,72	5,70	5,53	5,48	5,47	

DROGIST

Cons. Prijs incl. BTW

	2005 (52w)	2006 (52w)	2007 (52w)	2008 (52w)	2009 (53w)	vrts jr wk 24 2010 (53w)	verandering 2005-2010 (%)
Anti roken	16,70	16,09	14,65	14,49	14,35	14,35	-14,08
Vermoeide benen	7,17	8,33	8,86	9,16	9,57	10,04	39,94
Aambeï	5,67	5,80	6,11	7,37	7,55	7,54	33,09
Hoofdluis	9,10	9,81	10,01	10,01	10,62	10,89	19,62
Voetschimmel	7,62	7,71	8,28	8,37	8,41	8,45	10,84
Huidirritatie	7,98	7,54	7,78	8,26	8,42	8,60	7,86
Koortslip	5,91	6,35	6,61	6,66	6,75	6,74	14,14
Muggenbeet	4,55	4,59	4,66	4,94	5,22	5,28	15,97
Oor	6,43	6,71	7,12	7,44	7,50	7,45	15,87
Wrat	7,62	7,81	8,19	8,69	9,21	9,18	20,50
Reisziekte	3,03	3,09	3,14	3,30	3,69	3,94	29,93
Alg. Pijnstillers	2,38	2,45	2,44	2,47	2,54	2,54	6,75
Spierpijn	8,22	8,28	8,33	8,66	8,75	8,68	5,59
Diarree	3,57	3,66	3,86	4,10	4,24	4,32	20,80
Laxeermiddelen	2,41	2,36	2,35	2,43	2,57	2,71	12,36
Maagpreparaten	4,59	4,83	4,89	5,03	5,26	5,29	15,37
Hooikoorts	7,40	7,55	7,73	7,79	7,92	8,04	8,70
Griep	6,44	6,49	6,53	6,53	6,86	6,84	6,18

Hoest&verkoudh.	5,11	5,20	5,28	5,30	5,47	5,50	7,70
Keel	3,87	3,94	4,07	4,27	4,53	4,48	15,73
Rhinologica	3,48	3,51	3,55	3,55	3,52	3,57	2,51
Zwangerschapstest	9,95	9,77	9,69	9,35	9,86	9,76	-1,89
Vit/min/suppl	9,63	9,90	10,08	9,92	9,79	9,70	0,75
Ibuprofen	3,64	3,61	3,78	3,83	3,94	3,98	9,28
Paracetamol	1,73	1,79	1,77	1,74	1,80	1,80	3,87
Oog	6,76	6,96	7,06	7,14	7,20	7,10	5,04
Alg pijnst. Excl. Parac.	3,64	3,66	3,76	3,91	4,06	4,10	12,83
Totaal excl. Vms	4,11	4,17	4,24	4,36	4,48	4,50	9,46
Totaal met invloed 'av'	3,99	4,05	4,10	4,18	4,28	4,29	7,40
Totaal zonder invloed 'av'	4,51	4,57	4,71	4,99	5,19	5,27	16,68
Totaal	5,88	5,95	5,97	5,98	6,01	6,02	

SUPERMARKT

Cons. Prijs incl. BTW

	<u>2005</u> <u>(52w)</u>	<u>2006</u> <u>(52w)</u>	<u>2007</u> <u>(52w)</u>	<u>2008</u> <u>(52w)</u>	<u>2009</u> <u>(53w)</u>	<u>vrts jr wk 24 2010 (53w)</u>	
Anti roken	12,64	12,79	11,40	9,48	8,92	8,79	-30,42
Vermoeide benen	8,58	8,61	10,07	10,34	10,33	10,47	21,99
Aambeï	5,27	5,33	5,86	6,16	6,40	6,61	25,59
Hoofdluis	8,45	8,77	9,77	10,93	11,24	11,28	33,57
Voetschimmel	7,39	7,67	8,13	8,54	8,54	8,55	15,65
Huidirritatie	6,28	6,25	6,11	6,28	6,47	6,68	6,28
Koortslip	6,37	6,51	6,63	6,35	6,34	6,39	0,35
Muggenbeet	4,66	4,56	3,97	3,92	4,02	4,17	-10,43
Oor	5,33	5,63	6,05	6,43	6,46	6,46	21,18
Wrat	6,68	6,78	7,28	8,58	9,28	9,50	42,23
Reisziekte	2,96	3,05	3,15	3,01	3,01	3,15	6,29
Alg. Pijnstillers	2,12	2,18	2,05	1,49	1,37	1,34	-36,82

Sierpijn	8,23	8,18	5,50	6,63	7,67	7,46	-9,36
Diarree	3,42	3,59	3,60	2,55	2,47	2,46	-28,14
Laxermiddelen	2,47	2,51	2,60	2,51	2,44	2,37	-4,00
Maagpreparaten	4,65	4,66	4,78	4,69	4,89	4,84	3,99
Hooikoorts	6,96	7,27	7,40	3,29	2,90	2,92	-58,04
Griep	5,51	5,71	6,01	5,63	5,55	5,34	-3,18
Hoest&verkoudh.	4,59	4,09	3,94	4,15	4,24	4,26	-7,03
Keel	3,89	3,93	3,78	4,17	4,49	4,47	14,89
Rhinologica	3,45	3,29	3,46	3,68	3,55	3,61	4,55
Zwangerschapstest	10,10	10,00	9,85	9,59	9,72	9,73	-3,68
Vit/min/suppl	4,76	5,03	5,60	6,17	6,20	6,45	35,49
Ibuprofen	3,13	3,29	3,39	3,46	3,32	3,19	1,68
Paracetamol	1,51	1,55	1,46	1,09	1,05	1,03	-31,84
Oog	5,86	5,91	6,28	6,44	6,52	6,59	12,38
Alg pijnst. Excl. Parac.	3,40	3,56	3,62	3,76	3,78	3,69	8,52
Totaal excl. Vms	3,37	3,33	3,26	2,82	2,70	2,67	-20,75
Totaal met invloed 'av'	3,31	3,23	3,15	2,68	2,57	2,55	-22,91
Totaal zonder invloed 'av'	3,62	3,77	3,87	4,07	4,10	4,01	10,84
Totaal	3,80	3,84	3,84	3,43	3,30	3,26	

Bijlage 5 Overzicht Letsel Informatie Systeem

Tabel 1 Vergiftiging door een zelfzorggeneesmiddel*: jaarlijks aantal SEH-behandelingen

	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
	1999		2000		2001		2002		2003	
Pijnstillers/anti-reumatica	640	91	900	85	630	81	930	89	990	92
Vitaminepreparaat	50	8	120	11	110	15	40	4	80	8
Neusdruppels	-	-	<10	<1	20	2	20	2	-	-
Hoest-/verkoudheidsmiddel	<10	1	20	1	20	2	50	5	<10	<1
Laxeermiddelen	-	-	<10	<1	-	-	-	-	-	-
Anti-diarree middelen	-	-	-	-	-	-	<10	<1	-	-
Anti-histaminica	<10	1	<10	<1	-	-	-	-	-	-
Totaal	710	100	1.100	100	770	100	1.000	100	1.100	100
	2004		2005		2006		2007		2008	
Pijnstillers/anti-reumatica	1.100	93	1.400	95	1.400	94	1.400	93	1.200	97
Vitaminepreparaat	50	4	60	4	40	2	60	4	20	1
Neusdruppels	<10	<1	-	-	<10	<1	-	-	-	-
Hoest-/verkoudheidsmiddel	30	2	<10	<1	40	2	30	2	<10	<1
Laxeermiddelen	-	-	<10	<1	<10	<1	-	-	<10	<1
Anti-diarree middelen	<10	<1	20	1	-	-	-	-	-	-
Anti-histaminica	-	-	-	-	-	-	<10	<1	-	-
Totaal	1.200	100	1.500	100	1.500	100	1.500	100	1.300	100

Bron: Letsel Informatie Systeem 1999-2008, Consument en Veiligheid

* Pijnstillers/anti-reumatica, anti-histaminica, hoest-/verkoudheidsmiddelen, anti-diarree middelen, laxeermiddelen, neusdruppels en vitaminepreparaten.

Tabel 2 Vergiftiging door pijnstillers/anti-reumatica: jaarlijks aantal SEH-behandelingen in de periode 2004-2008

	Man		Vrouw		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
0-4 jaar	50	15	40	4	90	7
5-9 jaar	<10	1	<10	<1	<10	<1
10-14 jaar	<10	<1	30	4	40	3
15-19 jaar	40	11	250	26	290	22
20-24 jaar	40	12	120	13	160	12
25-29 jaar	40	11	70	7	110	8
30-34 jaar	30	10	120	13	160	12
35-39 jaar	30	10	80	8	120	9
40-44 jaar	30	9	80	8	110	9
45-49 jaar	20	6	70	8	100	7
50-54 jaar	20	5	40	4	60	4
55 jaar en ouder	30	8	50	5	80	6
Totaal	340	26	980	74	1.300	100

Bron: Letsel Informatie Systeem 2004-2008, Consument en Veiligheid

Bijlage 6 Rapportage Letsel Informatie Systeem meldingen 2008

Leeftijd	Toedracht	Doorverwijzing
2	vitamine d ingenomen.	Controle of nabehandeling huisarts
2	3 paracetamol + codeïne geslikt, auto-intoxicatie	Verwezen naar verpleegafdeling
2	6 paracetamol ingenomen, moeder was binnen, emir was buiten met tas van moeder, zelf eruit gepakt.	Verwezen naar verpleegafdeling
2	mogelijk paracetamol gegeten, intoxicatie ?	[Behandeld en] ontslagen
3	heeft een tabletje codeïne geslikt van 20 mg, was teveel milligrammen, lichte intoxicatie.	[Behandeld en] ontslagen
3	12 tabletten sinaspril ingenomen. Lichte intoxicatie.	Controle of nabehandeling SEH of polikliniek
3	uit flesje met vloeibaar paracetamol gedronken, mogelijk intoxicatie paracetamol.	Controle of nabehandeling SEH of polikliniek
3	paracetamol intox, per ongeluk.	Verwezen naar verpleegafdeling
3	intoxicatie paracetamol	Verwezen naar verpleegafdeling
4	paracetamolintoxicatie	Verwezen naar verpleegafdeling
6	paracetamol intox, per ongeluk.	Verwezen naar verpleegafdeling
13	intoxicatie paracetamol.	Verwezen naar verpleegafdeling
14	paracetamol ingenomen samen met wat parfum, sterident en gel	Verwezen naar verpleegafdeling
15	70 tabletten paracetamol 500 mg genomen.	Verwezen naar intensive care

15	10 tbl. paracetamol en 60 caps. omegavetzuur ingenomen, depressief, intoxicatie.	Verwezen naar intensive care
15	tentamen suïcide met paracetamol.	Verwezen naar verpleegafdeling
15	medicatie ingenomen, paracetamol, 15 stuks.	Verwezen naar intensive care
15	16 tabl. diclofenac 50mg ingenomen, zonder reden, heeft tegen moeder gezegd dat hij dood wil, veel sociale problematiek in gezin. tentamen suïcide met medicatie	Controle of nabehandeling huisarts
15	auto-intox, 20 paracetamol.	Verwezen naar verpleegafdeling
16	paracetamolintoxicatie.	Controle of nabehandeling huisarts
16	46 tabl paracetamol 500 mg ingenomen, intoxicatie met paracetamol	Verwezen naar verpleegafdeling
16	paracetamol codeïne intoxicatie, ongeveer 10	[Behandeld en] ontslagen
17	intoxicatie met 50 tabletten Ibuprofen in psychiatrische instelling	[Behandeld en] ontslagen
17	intoxicatie met medicatie; naproxine, verblijft in psychiatrische instelling	Verwezen naar verpleegafdeling
17	26 paracetamol met codeïne ingenomen wegens problemen met haar ouders, woont nu tijdelijk bij tante.	Verwezen naar intensive care
17	tentamen suïcide, met paracetamol.	Controle of nabehandeling huisarts
17	auto-intoxicatie medicijnen.	Verwezen naar verpleegafdeling
18	intoxicatie met ibuprofen in woonhuis, gevonden door vriendin, tentamen suïcide met 11 tabletten	[Behandeld en] ontslagen
18	intoxicatie met 12 stuks paracetamol	[Behandeld en] ontslagen
18	40 tabl ibuprofen 400mg, propranolol 10mg 10 tabl, geworden ivm misselijkheid en dyspepsie klachten, 1 maal gebraakt	[Behandeld en] ontslagen
18	al langere tijd somber, 30 tabletten paracetamol genomen. 1x gebraakt, relationele problemen. tentamen suïcide met medicatie.	Verwezen naar verpleegafdeling
18	intoxicatie met 25 stuks paracetamol, verblijft in psychotherapeutisch centrum, zelfmutilatie	Verwezen naar verpleegafdeling
18	tentamen suïcide met paracetamol, auto-intoxicatie	Verwezen naar verpleegafdeling

18	tentamen suïcide met ibrufen.	SEH of polikliniek in ander ziekenhuis
18	tentamen suïcide met pijnstiller	Verwezen naar verpleegafdeling
18	pijnstillers ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
18	pijnstilling ingenomen, lichte intoxicatie.	Controle of nabehandeling huisarts
18	80 paracetamol en 33 cc jagermeister gegeten en gedronken en afscheidsbrief geschreven	Verwezen naar intensive care
19	tentamen suïcide, 20 tabl. nurofen 400 mg ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
19	tentamen suïcide met ibuprofen	Verwezen naar verpleegafdeling
19	med.intoxicatie van diclofenac paracetamol en ascal	Verwezen naar intensive care
19	tentamen suïcide met paracetamol.	Verwezen naar verpleegafdeling
19	zag het niet mee zitten, heeft 30 ibuprofen en 6 paracetamol ingenomen.	Verwezen naar intensive care
19	Vlekken voor ogen, ibuprofen 400 mg geslikt, vervolgens rode blazen in gezicht gekregen, allergische reactie.	[Behandeld en] ontslagen
19	halve liter wodka gedronken, met 34 paracetamol, auto-intoxicatie.	Controle of nabehandeling SEH of polikliniek
20	tentamen suïcidemedicatie, paracetamol met allergische reactie.	Verwezen naar verpleegafdeling
20	20 tabletten paracetamol ingenomen en glorix gedronken.	Verwezen naar verpleegafdeling
20	60 stuks ibuprofen 400 mg ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
20	paracetamol intoxicatie.	Verwezen naar verpleegafdeling
20	auto-intoxicatie met paracetamol in huis	Verwezen naar verpleegafdeling
21	brufen en paracetamol ingenomen.	Verwezen naar verpleegafdeling
21	na ruzie met ouders 48 tabletten paracetamol en 1/2 liter wijn genomen, ernstige auto-intoxicatie	Verwezen naar verpleegafdeling

21	auto-intoxicatie met paracetamol	Verwezen naar verpleegafdeling
21	tabletten geslikt, paracetamol.	Verwezen naar intensive care
22	Intox medicatie paracetamol	Verwezen naar verpleegafdeling
22	hoofdpijn alsof iemand met een mes in zijn hoofd prikte, nam aantal paracetamols zonder resultaat, heeft toen in een keer meerdere paracetamol ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
22	40 tabletten paracetamol ingenomen, intox.	Verwezen naar intensive care
23	wilde niet meer leven, nam 17 paracetamol, in combinatie met 8 tabletten XTC in combinatie met alcohol	Verwezen naar intensive care
23	48 tabletten neurofen met alcohol ingenomen, ziet het niet meer zitten, door ouders uit huis gezet.	[Behandeld en] ontslagen
23	40 paracetamol 500mg, gebraakt, toen naar vriend gegaan, door politie meegenomen, weer gebraakt.	Verwezen naar verpleegafdeling
24	tentamen suïcide met paracetamol, na ruzie met echtgenoot, direct daarna gebraakt, nu wat buikpijn.	Verwezen naar verpleegafdeling
24	paracetamol intoxicatie.	Opgenomen in ander ziekenhuis
24	20 tbl. paracetamol ingenomen, tentamen suïcide	Verwezen naar intensive care
25	als pijnstilling 20 tabletten a 500mg ingenomen en 20 tabletten ibuprofen over 24 uur. Geen tentamen suïcide.	[Behandeld en] ontslagen
26	intoxicatie met ongeveer 100 stuks paracetamol, verblijft in psychiatrisch ziekenhuis	Verwezen naar verpleegafdeling
26	auto-intoxicatie	Controle of nabehandeling huisarts
27	is depressief, heeft doosje paracetamol ingenomen, intoxicatie	Verwezen naar intensive care
27	intoxicatie met paracetamol.	Verwezen naar verpleegafdeling
27	auto-intoxicatie met medicijnen.	Verwezen naar verpleegafdeling
28	intoxicatie paracetamol	Verwezen naar verpleegafdeling
29	alcohol en paracetamol intoxicatie.	Verwezen naar verpleegafdeling
30	teveel paracetamol ingenomen	Controle of nabehandeling huisarts

30	20 tbl. paracetamol 1 x risperdal, 1 x efexor, 2 promethazine en 1 x temazepam ingenomen.	Verwezen naar verpleegafdeling
31	Privé-problemen, halve fles whiskey met 4 Panadol genomen, moeilijk wekbaar aangetroffen, heeft spijt	[Behandeld en] ontslagen
31	pakjes paracetamol ingenomen, auto-intoxicatie	[Behandeld en] ontslagen
31	tentamen suicide met 150 tabl paracetamol	Verwezen naar verpleegafdeling
32	auto-intoxicatie met paracetamol.	[Behandeld en] ontslagen
32	auto-intoxicatie met paracetamol, oxazepam en alcohol.	Verwezen naar verpleegafdeling
32	tentamen suicide, medicatie paracetamol met alcohol.	Opgenomen in ander ziekenhuis
32	45 tabletten paracetamol en 6 ibuprofen ingenomen.	Verwezen naar verpleegafdeling
32	Heeft op de afdeling PAAZ paracetamol en ibuprofen ingenomen. Intoxicatie	Verwezen naar verpleegafdeling
33	heeft 40 tabletten brufen ingenomen	Verwezen naar intensive care
33	paracetamol intox.	[Behandeld en] ontslagen
34	gisteren 20 tbl aleve geslikt .	[Behandeld en] ontslagen
34	120 stuks paracetamol ingenomen, auto-intoxicatie	Verwezen naar intensive care
34	tentamen suicide met medicatie oa brufen en mogelijk metformine	[Behandeld en] ontslagen
34	40 tabletten brufen 400 mg ingenomen.	Verwezen naar verpleegafdeling
34	tentamen suicide, pijnstillers ingenomen.	Verwezen naar verpleegafdeling
35	ernstige intoxicatie, tentamen suicide met 18 st naproxen 500 mg.	[Behandeld en] ontslagen
36	paracetamol ingenomen in verpleegtehuis	Verwezen naar verpleegafdeling
36	intoxicatie met brufen.	Verwezen naar verpleegafdeling
36	allergische reactie op paracetamol.	Controle of nabehandeling SEH of polikliniek

37	allergische reactie op sarixell.	Verwezen naar intensive care
37	tandpijn, ruzie daardoor gekregen vanwege pijn, 10 naproxen van 500 mg genomen en halve liter port.	Controle of nabehandeling SEH of polikliniek
37	inname pillen en alcohol	Verwezen naar verpleegafdeling
38	medicatie ingenomen	Controle of nabehandeling huisarts
38	hoeveelheid medicatie ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
38	paracetamol intoxicatie	Verwezen naar verpleegafdeling
39	paracetamol intoxicatie.	Verwezen naar verpleegafdeling
39	na gebruik vitaminepillen allergische reactie gehele lichaam.	[Behandeld en] ontslagen
40	tentamen suïcidemedicijnen en alcohol .	Controle of nabehandeling huisarts
41	auto-intoxicatie met paracetamol en tramadol.	[Behandeld en] ontslagen
41	5 temazepam 20 mg ingenomen en 1 paracetamol, geen alcohol, auto-intox.	Verwezen naar verpleegafdeling
42	60 tabletten paracetamol ingenomen op afdeling	[Behandeld en] ontslagen
42	ibuprofen ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
42	20 tabletten paracetamol/codeïne ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
42	30-40 tabletten paracetamol ingenomen. zag het thuis niet meer zitten.	Verwezen naar intensive care
43	tentamen suïcide, intox pijnstillers. Verwezen door medische dienst luchthaven.	Opgenomen in ander ziekenhuis
43	gevonden door partner in vakantiehuisje, lege strips naproxen en brufen naast zich.	Verwezen naar intensive care
43	auto-intoxicatie met zeer veel verschillende middelen, amitriptyline, temazepam en tramadol.	Opgenomen in ander ziekenhuis
43	intoxicatie ibuprofen.	Verwezen naar verpleegafdeling
44	intoxicatie met ibuprofen, tentamen suïcide	Verwezen naar intensive care

45	auto-intoxicatie met multiple medicijnen, paracetamol, inbruprofen, naproxen en alcohol.	Controle of nabehandeling huisarts
45	20 paracetamol ingenomen tegen de hoofdpijn, is nu niet lekker misselijk, braken	Verwezen naar verpleegafdeling
46	door onwetendheid te veel paracetamol genomen, intoxicatie.	[Behandeld en] ontslagen
47	allergische reactie op diclofenac.	[Behandeld en] ontslagen
47	pcm 125 stuks ingenomen. kwam lopend aan.	Verwezen naar verpleegafdeling
47	auto-intoxicatie 30 tabletten paracetamol/oxazepam en drie liter bier.	Controle of nabehandeling SEH of polikliniek
48	auto-intoxicatie, met 20-30 pcm 500 mg, 40-50 oxazepam 50 mg.	Verwezen naar intensive care
49	60 paracetamol ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
49	17 tabletten aspirine ingenomen.	Overig gespecificeerd
49	tentamen suïcide met drank en paracetamol	Verwezen naar verpleegafdeling
49	auto-intox, saridon bij alcohol abus. .	Verwezen naar verpleegafdeling
50	heeft te veel pijnstillers en "pammetjes" ingenomen.	Verwezen naar intensive care
50	tentamen suïcide gepleegd met 48 tabletten ibuprofen en 4 halve liters bier, geen pijn en wil naar huis, tentamen suïcide met medicatie en bier	Verwezen naar verpleegafdeling
53	overdosis naproxen 220mg ingenomen 40 stuks gisteren, intoxicatie medicijnen.	[Behandeld en] ontslagen
53	allergische reactie op medicijn.	Verwezen naar intensive care
53	auto-intoxicatie met tabletten, oxazepam, lormetazepam, advil, asperine en brufen.	Controle of nabehandeling huisarts
55	zelfmutilatie met paracetamol	Verwezen naar intensive care
58	50 paracetamol ingenomen	Verwezen naar verpleegafdeling
61	auto-intoxicatie, paracetamol.	Verwezen naar verpleegafdeling

65	overgevoeligheid voor diclofenac na inname zetpil diclofenac	Verwezen naar verpleegafdeling
72	tentamen suïcide 5 lorazepam en 15 tramadol, tijdstip .	Verwezen naar verpleegafdeling
84	allergische reactie op mogelijk diclofenac	Controle of nabehandeling huisarts
96	Intox medicatie. per ongeluk of niet.	[Behandeld en] ontslagen
12 mndn	paracetamolintoxicatie	Verwezen naar verpleegafdeling
15 mndn	kind gevonden met strip van 6 tabletten paracetamol a 500 mg. Hiervan mistte er 1, was eerst vol. mogelijk ingenomen.	[Behandeld en] ontslagen
16 mndn	tabletten van oma ingenomen, thuis.	Verwezen naar verpleegafdeling
18 mndn	paar druppels microlax binnen gekregen.	Controle of nabehandeling huisarts
5 mndn	ibuprofen ingeslikt.	Controle of nabehandeling huisarts