Zelfzorg bij kleine kwalen

Het (besparings)potentieel nader toegelicht

Opdrachtgever: Neprofarm

Rotterdam, 22 maart 2017



Zelfzorg bij kleine kwalen

Het (besparings)potentieel nader toegelicht

Opdrachtgever: Neprofarm

Dr. Domino Determann
Dr. Lotte van de Steeg
Dr. Wija Oortwijn

Rotterdam, 22 maart 2017

ECORYS

Inhoudsopgave

Samenvatting 7

1 Inleiding 9
1.1 Aanleiding 9
1.2 Methoden van onderzoek 9
1.3 Leeswijzer 10

2 Wat is zelfzorg? 11
2.1 Zelfzorg in verhouding tot professionele zorg 12
2.2 Zelfzorg bij kwetsbare groepen 13

3 Huisartsenzorg voor kleine kwalen 15
3.1 Huisartsencontacten 15
3.2 Voorgeschreven geneesmiddelen in verband met kleine kwalen 17
3.3 Opvallende bevindingen: contacten en voorschriften 18

4 Ontwikkelingen op het terrein van zelfzorg 21
4.1 Recente ontwikkelingen rondom zelfzorg 21
4.2 Interviews met stakeholders 23
4.3 Voorbeelden uit het buitenland 26

5 Conclusies en aanbevelingen 29
5.1 Conclusies 29
5.2 Aanbevelingen 30

Bijlage A: Toelichting berekening besparingspotentieel 33

Bijlage B: Aantal en kosten huisartscontacten in verband met kleine kwalen 37

Samenvatting

Zelfzorg staat voor alles wat burgers zelf kunnen doen om gezondheidsklachten te voorkomen, te verminderen of te genezen. Door het stimuleren van zelfzorg bij kleine kwalen kunnen zowel op macroniveau als op individueel niveau besparingen gerealiseerd worden, omdat mensen vaker kiezen voor zelfzorg in plaats van een bezoek aan de huisarts. Hierdoor neemt de druk op de huisarts af en ontstaat daar meer ruimte voor complexere zorgtaken, zoals het overnemen van bepaalde vormen van tweedelijnszorg. Bovendien kan het stimuleren van zelfzorg bij kleine kwalen, waar dat mogelijk en verantwoord is, bijdragen aan de zelfredzaamheid van patiënten/consumenten.

In dit onderzoek is gekeken hoe groot het besparingspotentieel van zelfzorg bij kleine kwalen is, welke ontwikkelingen er zijn op het gebied van het stimuleren en ondersteunen van zelfzorg en wat er eventueel moet gebeuren om de rol van zelfzorg bij kleine kwalen verder te vergroten.

Uit het onderzoek blijkt dat het aantal huisartscontacten voor kleine kwalen is gestegen: in 2015 had één op de 5,8 huisartscontacten betrekking op kleine kwalen, in 2011 was dit één op de 6,3. Het absolute aantal huisartsencontacten voor kleine kwalen was in 2011 bijna 10,8 miljoen, nam iets af in 2013 en vervolgens weer toe tot ruim 12,1 miljoen in 2015. In de afgelopen 12 jaar is het aantal huisartscontacten voor kleine kwalen bijna verdubbeld.

Ook de uitgaven aan huisartscontacten in verband met kleine kwalen zijn in de loop der jaren gestegen. In 2015 waren de kosten bijna 111 miljoen euro. Daarnaast zien we een stijging in het aantal medicatievoorschriften in verband met kleine kwalen. Het lijkt er dus op dat inzetten op zelfzorg bij kleine kwalen lonend zal zijn. Dan hebben we nog geen rekening gehouden met het besparingspotentieel dat mogelijk wordt door substitutie van tweedelijnszorg naar de huisarts. Ook voor de individuele patiënt/consument, die het verplicht eigen risico nog niet heeft verbruikt, kan de betaalbaarheid verbeteren als zelfzorg wordt gestimuleerd; zelfmedicatie is doorgaans goedkoper in vergelijking met voorgeschreven geneesmiddelen.

Ondanks dat in het zorgakkoord van 2013 de ambitie werd uitgesproken om substitutie van huisartsenzorg met zelfzorg te bevorderen, geven stakeholders uit het veld aan dat dit nog niet is waargemaakt. Wel zijn er de afgelopen jaren in Nederland verschillende initiatieven ontplooid om zelfzorg te stimuleren, met name op het gebied van het verstrekken van betrouwbare online informatie over gezondheid en zelfzorg. De informatie op deze websites wordt echter nog niet altijd op een zo toegankelijk mogelijke wijze aangeboden én de informatie op de websites kan beter ontsloten worden. Daarnaast kwam naar voren dat de samenwerking tussen de betrokken partijen rondom zelfzorg verbeterd kan worden.

Concluderend stellen we dat, ondanks de gezamenlijke ambitie van betrokken partijen uit 2013 en de toename van beschikbare en betrouwbare gezondheidsinformatie, veel consumenten/patiënten met kleine kwalen nog steeds de huisarts bezoeken en een geneesmiddel voorgeschreven krijgen. Substitutie van huisartsenzorg met zelfzorg lijkt dus onvoldoende plaatsgevonden te hebben, waardoor er ook geen ruimte gecreëerd is in de eerste lijn voor substitutie vanuit de tweede lijn.

Op basis van de bevindingen doen wij de volgende aanbevelingen om de rol van zelfzorg bij kleine kwalen te vergroten:

- *Spreek de ondertekenaars van het zorgakkoorden uit 2013 erop aan dat de gemaakte afspraken voor wat betreft substitutie naar zelfzorg bij kleine kwalen niet zijn nageleefd* en zorg dat die gezamenlijke inzet inderdaad op gang komt. Hier ligt een taak voor de overheid
- *Maak huisartsen meer bewust van de mogelijkheden van zelfzorg* en hun rol in het stimuleren van verantwoorde zelfzorg bij kleine kwalen.
- *Verbeter face-to-face informatieverstrekking over zelfzorg,* door apothekersassistenten en huisartsassistenten op te leiden in het geven van zelfzorgadviezen.
- *Verbeter de samenwerking tussen de nulde en eerste lijn,* zodat de betrokken zorg- en dienstverleners het vertrouwen hebben om (meer) naar elkaar te verwijzen.
- *Verbeter de samenwerking tussen betrokken veldpartijen op landelijk niveau,* zodat er meer uniformiteit komt in de verstrekte informatie rondom gezondheid en zelfzorg en partijen meer samen optrekken in verbeterprojecten.
- *Maak online informatie over zelfzorg toegankelijker,* door eenvoudige en korte teksten te gebruiken en (animatie)filmpjes in te zetten.
- *Ontsluit online informatie over zelfzorg beter,* door gerichter te verwijzen naar bestaande websites met informatie over zelfzorg via websites van zorgverleners of via informatie in de praktijk, apotheek of drogisterij.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De afgelopen decennia zijn de zorgkosten in Nederland harder gestegen dan het bruto binnenlands product. De verwachting is dat deze trend doorzet, wat zal leiden tot een financieringstekort[1]. In het kader van de almaar stijgende zorgkosten wordt gezocht naar verschillende manieren om de kosten van de zorg te beheersen. Zo wordt substitutie van zorg gezien als een manier om kosten te besparen, zonder dat de kwaliteit van zorg er onder te leiden heeft[2]. In het zorgakkoord van 2013 zijn afspraken gemaakt over substitutie van zorg, waarbij beoogd wordt dat zorg vaker (waar mogelijk) door de huisarts uitgevoerd wordt, in plaats van door de medisch specialist. In dit zorgakkoord werd ook gesproken over substitutie van huisartsenzorg met zelfzorg.

In opdracht van de Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische Industrie van Zelfzorggeneesmiddelen en Gezondheidsproducten (Neprofarm) heeft ECORYS Nederland B.V. (Ecorys) onderzoek uitgevoerd naar zelfzorg. In dit onderzoek zijn de volgende vragen beantwoord:

- Hoeveel kan er in potentie bespaard worden op huisartsenzorg voor kleine kwalen door substitutie met zelfzorg?
- In hoeverre is de inzet van zelfzorg bij kleine kwalen gestimuleerd sinds het zorgakkoord van 2013?
- Welke initiatieven kunnen bijdragen aan het verder vergroten van de rol van zelfzorg bij kleine kwalen?

Dit onderzoek is een vervolg op onderzoek van Ecorys naar zelfzorg uit 2011[3].

1.2 Methoden van onderzoek

De inzichten in dit rapport zijn op verschillende soorten informatiebronnen gebaseerd. Deze worden hieronder kort beschreven. Uitgebreidere informatie over de berekening van het besparingspotentieel bevindt zich in Bijlage A.

Literatuurstudie

Wij hebben openbaar beschikbare, Nederlandstalige en Engelstalige documenten (rapporten, artikelen, beleidsdocumenten en websites) geanalyseerd die informatie bevatten over zelfzorg, het besparingspotentieel door de inzet van zelfzorg bij kleine kwalen en maatregelen om zelfzorg te bevorderen.

Stakeholder interviews

We hebben met vertegenwoordigers van vijf stakeholders - het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD), Neprofarm, (de brancheorganisatie van fabrikanten en importeurs van zelfzorgproducten), de Consumentenbond, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) - gesprekken gevoerd over wat volgens hen belangrijke ontwikkelingen zijn rondom zelfzorg en wat hun wensen en ideeën zijn voor de toekomst.

---

1 Policy brief Financiering van de zorg op de lange termijn. Centraal Plan Bureau, 2016.
2 Ostermann et al. A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. 2015.
3 Romme et al. Zelfzorg; via empowerment tot zelfredzaamheid. Ecorys, 2011.

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Onze analyses bouwen voort op het recente rapport over kleine kwalen, waarin het aantal contacten met de huisartsenpraktijk en medicatievoorschriften vanwege kleine kwalen voor de jaren 2011, 2013 en 2015, gemeten in de NIVEL Zorgregistratie, zijn gepresenteerd[4].

Per patiëntencontact administreren huisartsen de aard van het contact, de reden(en) van het contact (uitgedrukt in ICPC-code) en eventuele verwijzingen of voorschriften. Middels het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) verzamelde het NIVEL routinematig gegevens uit elektronische patiëntendossiers in 84 huisartsenpraktijken[5]. Sinds januari 2014 is het LINH opgegaan in de NIVEL Zorgregistratie eerste lijn[6]. NIVEL Zorgregistraties maakt gebruik van gegevens van 521 huisartsenpraktijken verspreid over Nederland[7].

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we wat er wordt verstaan onder zelfzorg. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van de berekening van het besparingspotentieel van zelfzorg bij kleine kwalen. Hoofdstuk 4 beschrijft wat er de afgelopen jaren in Nederland is gedaan om zelfzorg te stimuleren, hoe stakeholders hier tegenaan kijken én wat we kunnen leren van initiatieven uit het buitenland. In hoofdstuk 5 geven we onze reflectie op de bevindingen, presenteren we de conclusies en formuleren we aanbevelingen om het potentieel van zelfzorg bij kleine kwalen beter te benutten.

4 Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Contacten en medicatiebeleid voor de jaren 2011, 2013 en 2015. NIVEL, 2017. Beschikbaar via http://www.nivel.nl/nl/nieuws/voor-een-schaafwond-insectenbeet-naar-de-huisarts.

5 http://www.nivel.nl/en/node/2217.

6 https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Landelijk-Informatie-Netwerk-Huisartsenzorg%2C-opgegaan-in-NIVEL-Zorgregistraties-Eerste-Lijn.

7 http://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijn.

2 Wat is zelfzorg?

Zelfzorg staat voor alles wat burgers zelf, op eigen initiatief en voor eigen verantwoordelijkheid, kunnen doen om gezondheidsklachten te voorkomen, verminderen of te genezen (zie Figuur 2.1). Zelfzorg kan dus gaan over dagelijks tandenpoetsen ter preventie van gaatjes, maar ook over op internet opzoeken of een kind met rode vlekjes langs de huisarts hoeft of niet. Zelfzorg bestaat uit een breed scala aan acties en handelingen, zoals rust, voeding, beweging, of het gebruik van een persoonlijk verzorgingsproduct, een gezondheidsproduct of een zelfzorggeneesmiddel.

Vaak wordt onder de noemer zelfzorg ook gesproken over zelfmanagement bij mensen met een chronische ziekte. In het kader van dit onderzoek richten wij ons specifiek op zelfzorg bij kleine kwalen: herkenbare, tijdelijke gezondheidsklachten, zoals voetschimmel en hoesten. Dit is het type klachten waar vrijwel iedere Nederlander mee in aanraking komt.

Figuur 2.1 Aspecten van zelfzorg[8]

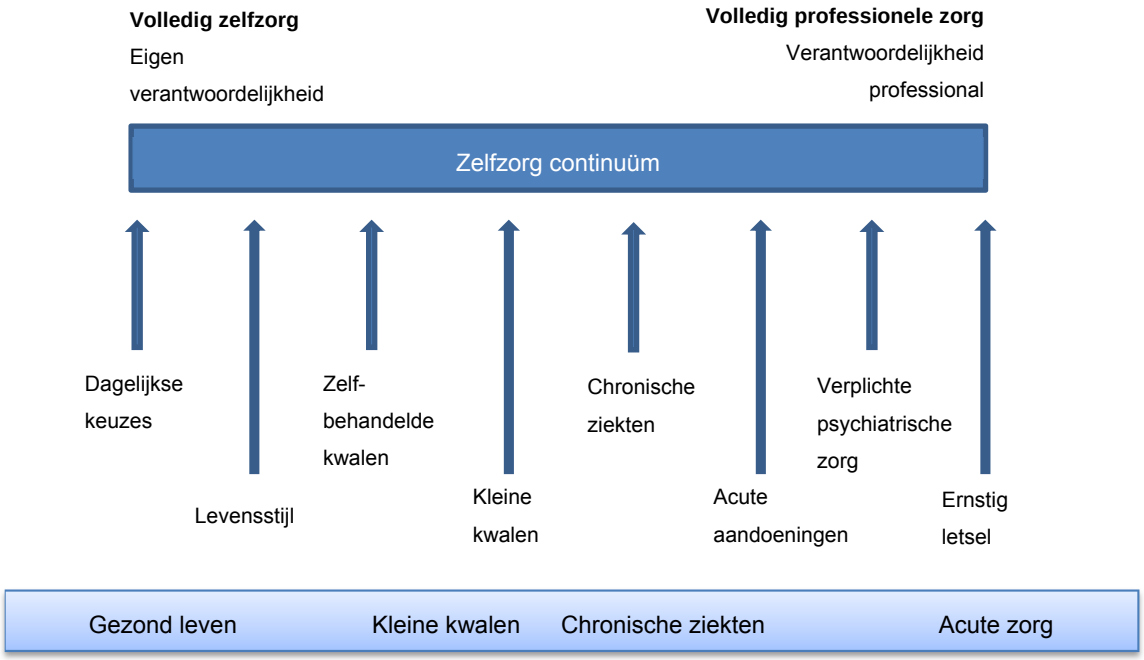


[8] Gebaseerd op een afbeelding op isfglobal.org.

2.1 Zelfzorg in verhouding tot professionele zorg

Veel aspecten van zelfzorg zijn duidelijk de verantwoordelijkheid van de burger zelf, maar bij andere aspecten bestaat overlap met de formele zorgverlening door bijvoorbeeld de huisarts (zie Figuur 2.2). Waar sommige mensen bij hoestklachten met huis-tuin-en-keuken middelen aan de slag gaan, of bij de drogist hoesttabletten kopen, gaan andere mensen met deze kleine kwaal naar de huisarts. Op basis van kennis van het eigen lichaam en goede informatie over (de ernst van) klachten, zijn de meeste mensen in staat om kleine kwalen zelf te diagnosticeren en te behandelen. Toch weten we uit eerder onderzoek dat veel huisartsenbezoeken betrekking hebben op kleine kwalen[9].

Figuur 2.2 Zelfzorg continuüm[10]



Zelfzorg draagt bij aan zelfredzaamheid en het nemen van eigen verantwoordelijkheid, doordat mensen beseffen dat ze in belangrijke mate zelf de controle (kunnen) hebben over hun gezondheid en zelf beslissingen nemen over behandeling. De afhankelijkheid van zorgverleners wordt daardoor verminderd.

Op macroniveau is zelfzorg voordelig, omdat de kosten van zelfzorg voor de samenleving doorgaans lager zijn dan de kosten van formele zorgverlening. Bovendien houdt de huisarts door deze verschuiving meer tijd over voor de behandeling van patiënten met een meer complexe zorgvraag. Dit kan een positief effect hebben op de kwaliteit van de (ervaren) zorg voor deze patiënten. Daarnaast kan de huisarts de vrijgekomen tijd gebruiken om taken over te nemen van medisch specialisten. Deze substitutie leidt eveneens tot een kostenbesparing op macroniveau; de tarieven in ziekenhuizen liggen vaak hoger dan de tarieven die huisartsen rekenen voor dezelfde taken[11].

Op individueel niveau leidt zelfzorg soms tot lagere kosten en soms tot hogere kosten: zelfzorgmiddelen komen voor eigen rekening van de consument, een geneesmiddel op recept komt

[9] Romme et al. Zelfzorg; via empowerment tot zelfredzaamheid. Ecorys, 2011.
[10] Gebaseerd op een afbeelding op www.selfcareforum.org.
[11] Romme et al. Zelfzorg; via empowerment tot zelfredzaamheid. Ecorys, 2011.

afhankelijk van hoeveel eigen risico iemand al betaald heeft óf voor eigen rekening óf voor rekening van de zorgverzekeraar. Een receptgeneesmiddel is echter doorgaans duurder dan een vergelijkbaar zelfzorgmiddel. Een voorbeeld hiervan is een receptgeneesmiddel tegen huidschimmel; dit kost bijna €18, terwijl een vergelijkbaar zelfzorgmiddel maar €5,50 kost[12].Dit verschil in prijs wordt met name veroorzaakt door de kosten die de apotheek standaard in rekening brengt voor de verwerking van het recept (circa €6 boven op de productprijs, en €6 extra als het middel voor de eerste keer gebruikt wordt)[13].

Uit cijfers van Stichting Farmaceutische Kengetallen blijkt dat de helft van de volwassenen het verplicht eigen risico niet vol maakte in 2016[14]. Dit betekent dat de helft van de volwassenen bij zorggebruik (een deel van de) geneesmiddelen op recept zelf moet betalen.

De keerzijde van de eigen verantwoordelijkheid bij zelfzorg is dat mensen de verkeerde zelfzorgbeslissingen kunnen nemen. Bijvoorbeeld doordat ze de situatie niet goed inschatten en een verkeerd zelfzorgmiddel gebruiken, doordat ze over onvoldoende informatie over de (on)mogelijkheden van zelfzorg beschikken en kiezen voor formele zorgverlening terwijl zelfzorg zou voldoen, of juist te lang wachten met het inschakelen van de formele zorgverlening. Uit onderzoek naar de balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid van zelfzorggeneesmiddelen[15] blijkt dat consumenten hun kennis over zelfzorggeneesmiddelen overschatten. Er wordt aanbevolen consumenten meer bewust te maken van veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, bijvoorbeeld door advies van de drogist en apotheker over de te verwachten effecten en risico's, in aanvulling op de informatie die hierover al beschikbaar is in de bijsluiter. In de bijsluiter van alle zelfzorggeneesmiddelen staat aangegeven dat als de klachten verergeren of niet binnen een bepaald aantal dagen overgaan, een arts moet worden geraadpleegd.

2.2 Zelfzorg bij kwetsbare groepen

Hoe goed iemand in staat is om zelfzorg toe te passen, hangt samen met de gezondheidsvaardigheden van die persoon. Met gezondheidsvaardigheden wordt de combinatie van cognitieve en sociale vaardigheden bedoeld, die nodig is om adequaat met informatie over gezondheid, ziekte en zorg om te gaan. Gezondheidsvaardigheid veronderstelt behalve toereikende competenties, ook dat mensen interesse en aandacht hebben voor hun eigen gezondheid, dat ze informatie over gezondheid kunnen en willen verzamelen, lezen of horen, begrijpen en toepassen.

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vaak moeite met het begrijpen van informatie van hun zorgverlener, met preventieboodschappen en met het vinden van hun weg in de zorg, met als gevolg een minder goede gezondheid en een grotere kans op overlijden[16]. Beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen dus leiden tot gezondheidsachterstanden.

Rond de 29% van de Nederlandse bevolking heeft beperkte gezondheidsvaardigheden[17]. Dit zijn met name mannen, ouderen, mensen met een lagere opleiding en een lager inkomen[18]. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn minder goed in staat een verantwoorde keuze te maken tussen formele zorgverlening en zelfzorg en hebben hierin meer begeleiding nodig van een

12 Gezondheidsgids. Consumentenbond, 2014.
13 https://www.consumentenbond.nl/zorgkosten/zelfzorgmiddelen
14 Helft apotheekbezoekers maakt eigen risico vol. Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 152 Nr 8. 2017.
15 Van Dijk et al. De balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid. Evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen en de rol van de drogist en apotheek bij de verstrekking. NIVEL, 2010.
16 Rademakers. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. NIVEL, 2014.
17 www.gezondheidsvaardigheden.nl.
18 Rademakers. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. NIVEL, 2014.

professionele zorgverlener, zoals de huisarts of apotheker. Binnen deze beroepsgroepen wordt in toenemende mate aandacht besteed aan deze specifieke groep burgers, om ervoor te zorgen dat ook zij de juiste zorg ontvangen[19,20,21].

[19] Koster et al. Geneesmiddelengebruik en gezondheidsvaardigheden; Tips en tools voor de apotheek. Universiteit Utrecht 2015.

[20] Toolkit Laaggeletterdheid. LHV. https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid.

[21] Bijsluiter in beeld. Stichting Bedrijfsfonds Apotheken. http://www.bijsluiterinbeeld.nl/.

3 Huisartsenzorg voor kleine kwalen

In dit hoofdstuk presenteren wij een trendanalyse van de Nederlandse huisartsenzorg voor kleine kwalen sinds 2011. In onze berekeningen hebben wij gebruik gemaakt van cijfers over gebruik van huisartsenzorg afkomstig van de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (waarbij het aantal huisartscontacten voor kleine kwalen door hen gecorrigeerd is voor het aantal klachten of aandoeningen dat besproken werd tijdens een contact en voor de zelfzorgscore van de kleine kwaal), een gevalideerde definitie van 'kleine kwalen' en openbaar beschikbare kostendata. De aanpak volgt grotendeels de methodiek zoals gebruikt in het door ons in 2011 uitgevoerde onderzoek naar zelfzorg[22]. In Bijlage A wordt de gehanteerde onderzoeksmethode nader toegelicht.

3.1 Huisartsencontacten

Aantal huisartsencontacten voor kleine kwalen neemt toe

Het totaal aantal huisartsencontacten was ongeveer 67,8 miljoen in 2011, 66,6 miljoen in 2013 en 70,8 miljoen in 2015[23]. In 2011 en 2013 had respectievelijk 15.9% (10,8 miljoen) en 16.1% (10,7 miljoen) van het totaal aantal patiëntencontacten betrekking op kleine kwalen. Dit nam verder toe tot 17.1% (12,1 miljoen) in 2015[24]. Dit was respectievelijk 10.8% en 12.5% in 2006 en 2009.

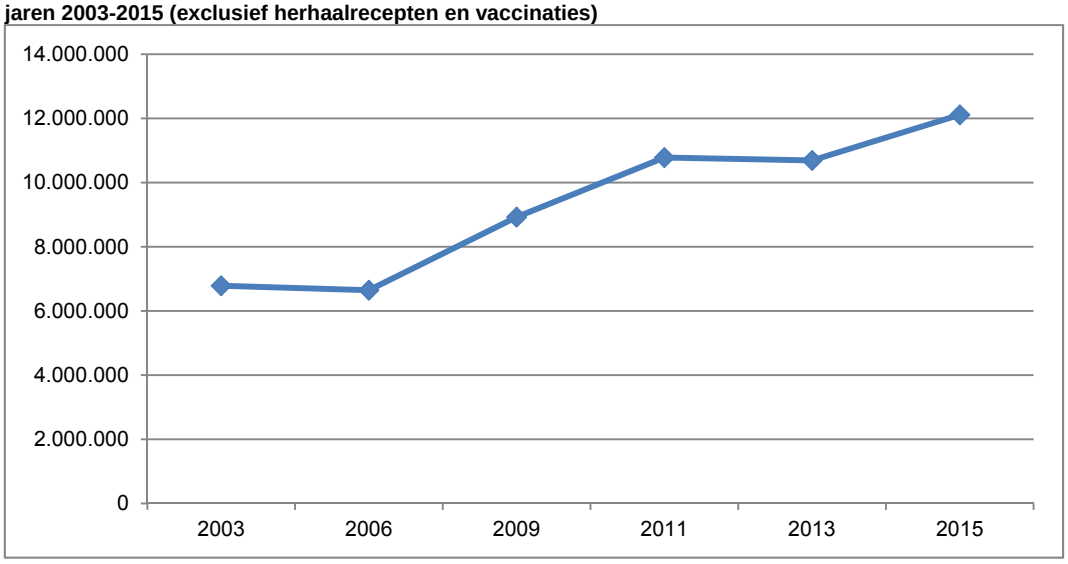
Het aantal contacten bleef in 2006 (ten opzichte van 2003) nagenoeg gelijk. In 2009 (ten opzichte van 2006) en 2011 (ten opzichte van 2009) was er een sterke stijging in het aantal contacten voor kleine kwalen. In vergelijking met 2011 en 2013 is het aantal patiëntencontacten in verband met kleine kwalen in 2015 toegenomen met respectievelijk 11% en 12% (Figuur 3.1). In 2013 daalde dit aantal nog licht ten opzichte van 2011 (met 0.8%). Tussen 2003 en 2015 is het aantal huisartsencontacten bijna verdubbeld.

22 Romme et al. Zelfzorg; via empowerment tot zelfredzaamheid. Ecorys, 2011.

23 Consulten, visites, telefonische consulten en email consulten, zie: www.nivel.nl/nzr/contacten-huisartsenpraktijk.

24 Het NIVEL rapporteert een aandeel van 4%. Het verschil zit in de gehanteerde definitie voor kleine kwalen. Het NIVEL hanteert een zelfzorgscore van >75%, Ecorys hanteert een zelfzorgscore >50%).

Figuur 3.1 Trend in totaal aantal patiëntencontacten in verband met kleine kwalen per jaar, voor de jaren 2003-2015 (exclusief herhaalrecepten en vaccinaties)

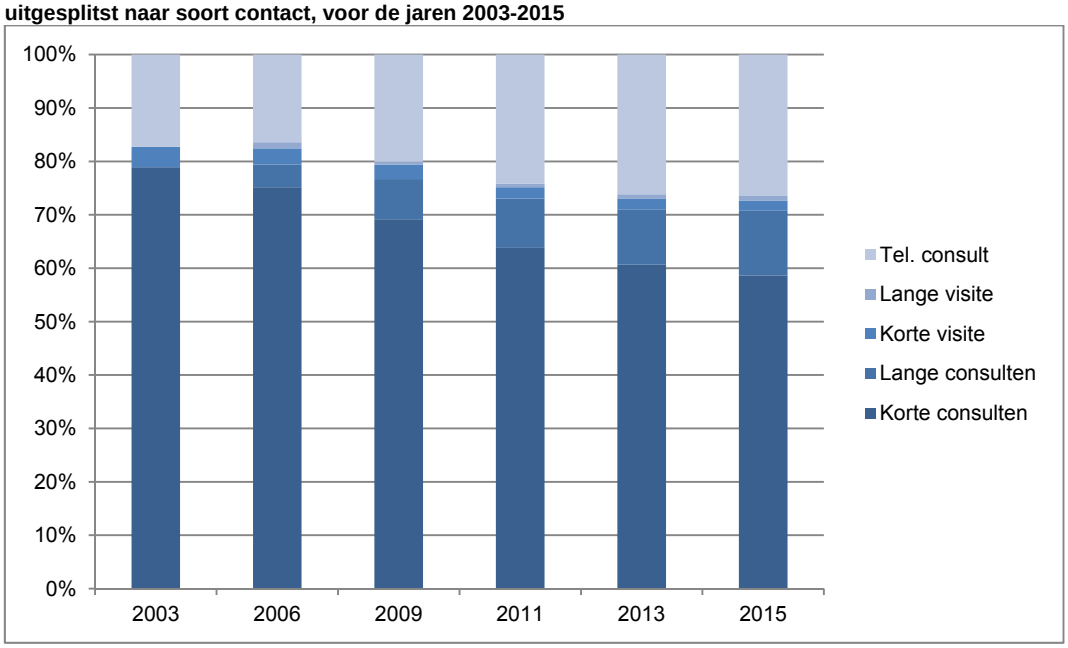


Verschuiving naar lange consulten en lange visites

In 2015 hadden Nederlandse huisartsen ruim 12,1 miljoen patiëntcontacten in verband met een kleine kwaal. Zij zagen ruim 8,5 miljoen keer een patiënt op het spreekuur, hadden bijna 3,2 miljoen telefonische consulten en 47.491 emailconsulten. Daarnaast waren er 344.944 visites.

Het aantal emailconsulten is in 2015 het meest toegenomen (respectievelijk 159% en 108% ten opzichte van 2011 en 2013) (Figuur 3.2)). Ondanks deze toename blijft het aantal emailconsulten verhoudingsgewijs nog steeds klein: in 2015 was het aandeel emailconsulten ten opzichte van het totaal aantal contacten slechts 0.39%. Naast een toename van emailconsulten is er ook een grote toename in het aantal lange consulten en lange visites (een toename van respectievelijk 47% en 32% voor lange consulten, en 54% en 34% voor lange visites ten opzichte van 2011 en 2013).

Figuur 3.2 Trend in totaal aantal huisartscontacten in verband met kleine kwalen per jaar, uitgesplitst naar soort contact, voor de jaren 2003-2015



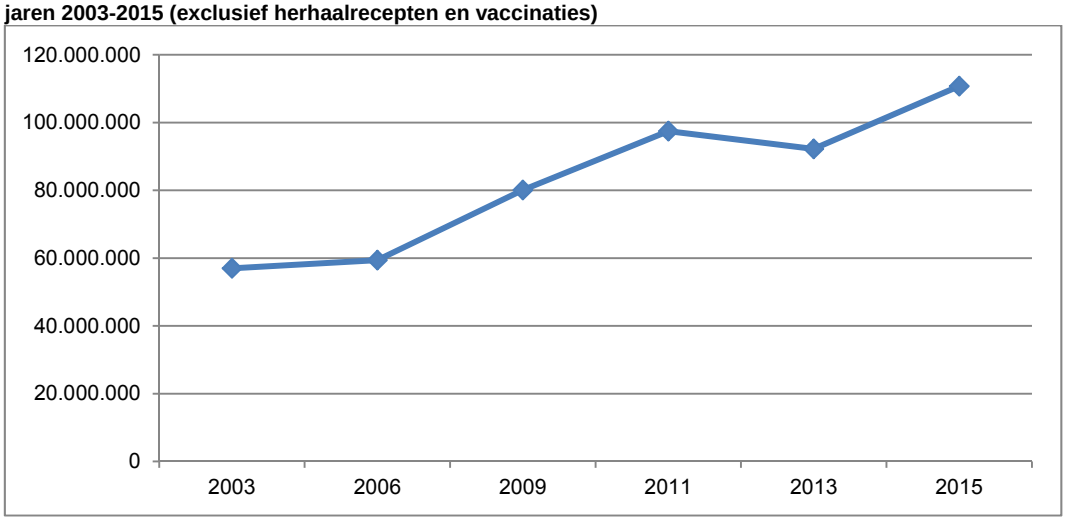
Opmerking: Het aantal emailconsulten ten opzichte van het totaal aantal contacten is dermate klein dat het niet zichtbaar zou zijn. Emailconsulten zijn daarom niet opgenomen.

De uitgaven aan huisartscontacten voor kleine kwalen is bijna 111 miljoen euro

De kosten van patiëntencontacten voor kleine kwalen waren 97,4 miljoen euro in 2011. Dit nam af tot 92,2 miljoen euro in 2013, en nam vervolgens weer toe tot bijna 111 miljoen euro in 2015.

De kosten van huisartscontacten in verband met kleine kwalen stijgt sinds 2003 (Figuur 3.3). Alleen in 2013 waren de kosten lager dan de periode er voor.

Figuur 3.3 Trend in kosten van huisartscontacten in verband met kleine kwalen per jaar, voor de jaren 2003-2015 (exclusief herhaalrecepten en vaccinaties)



In Bijlage B worden alle aantallen en kosten gepresenteerd, inclusief voor de jaren 2003, 2006 en 2009[25].

3.2 Voorgeschreven geneesmiddelen in verband met kleine kwalen[26]

Aantal voorschriften voor kleine kwalen neemt toe

Het NIVEL heeft berekend dat er in 58% van de contacten voor kleine kwalen (met een zelfzorgscore >75%) een geneesmiddel werd voorgeschreven in 2011. In 2013 was dit percentage 57%. In 2015 is dit percentage gedaald tot 46%. Het NIVEL concludeert dat het aantal voorschriften voor kleine kwalen in de periode 2011-2015 is gestegen; dit komt doordat het aantal huisartscontacten sterk is gestegen in die periode.

Meest voorgeschreven: hoestprikkel dempende middelen en lokale antimycotica

De meest voorgeschreven middelen voor kleine kwalen met een zelfzorgscore >50% zijn opiumalkaloïden en -derivaten (R05DA, hoestprikkel dempende middelen) en imidazool- en triazoolderivaten (D01AC, lokale antimycotica). Dit geldt voor zowel 2011, 2013 als 2015.

Met betrekking tot opiumalkaloïden en -derivaten waren er 155 voorschriften per 10.000 ingeschreven patiënten in 2015. De kosten hiervan waren 11,6 miljoen euro. Dit is een toename

[25] Vanwege een wijziging in de dataverzameling heeft het NIVEL de cijfers van 2003, 2006 en 2009 enigszins aangepast ten opzichte van het rapport uit 2011. Aangezien het een kleine aanpassing betreft en Ecorys niet beschikt over de (ruwe) aangepaste data, hebben wij er voor gekozen de bevindingen van 2011, 2013 en 2014 te vergelijken met de bevindingen van 2003, 2006 en 2009, zoals gerapporteerd door Ecorys in 2011.

[26] Omdat het totale voorgeschreven geneesmiddelengebruik in verband met kleine kwalen op basis van de gegevens van het NIVEL niet exact te bepalen is, kennen wij hier, net zoals in onze rapportage van 2011, geen besparingspotentieel aan toe. Bovendien zijn de verschillen met de cijfers van 2003, 2006 en 2009 groot. Dit is slechts voor een deel te verklaren door een aanpassing in de dataverzameling in de NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn. We maken daarom geen vergelijking met die periode en hebben niet het totaal aantal voorschriften voor kleine kwalen met een zelfzorgscore tussen de 50%-75% berekend.

van bijna 7 miljoen euro ten opzichte van 2013. Deze toename wordt, behalve door een kleine toename in aantal voorschriften (het aantal voorschriften was 142,1 per 10.000 in 2013), vooral veroorzaakt door een verdubbeling van de kosten per uitgifte van het geneesmiddel.

Met betrekking tot imidazool- en triazoolderivaten waren er in 2015 84,3 voorschriften per 10.000 ingeschreven patiënten. In 2011 waren dit nog 113,9 en in 2013 108 voorschriften per 10.000 ingeschreven patiënten (zie de laatste paragraaf van dit hoofdstuk). De kosten hiervan waren 10,2 miljoen in 2011, 8,4 miljoen in 2013 en 9,4 miljoen euro in 2015.

3.3 Opvallende bevindingen: contacten en voorschriften

In deze paragraaf beschrijven we de meest opvallende bevindingen wat betreft aantallen contacten en voorschriften voor kleine kwalen.

Meeste huisartsencontacten voor hoesten en wratten

Allereerst hebben we gekeken naar de kleine kwalen waarvoor het aantal contacten het grootst was in 2015 (zie Tabel 3.1). Veruit de meeste contacten waren voor hoesten (R05) en wratten (S03). Dit was ook het geval in 2011 en 2013. Het aantal contacten voor zowel hoesten als wratten nam toe in vergelijking met 2013.

Tabel 3.1 Top-10 kleine kwalen op basis van absolute aantallen contacten per 10.000 ingeschreven patiënten, geordend voor de aantallen van 2015

ICPC code	Kleine kwaal	2011	2013	2015
R05	Hoesten	604,1	549,5	720,6
S03	Wratten	504,6	507,0	559,2
L03	Lage rugpijn zonder uitstraling	397,4	350,3	365,7
S74	Dermatomycosen	331,1	333,7	354,2
L02	Rug symptomen/klachten	276,7	274,7	334,4
L08	Schouder symptomen/klachten	269,5	269,1	329,8
D12	Obstipatie	276,0	282,8	299,1
R97	Hooikoorts/allergische rhinitis	267,7	261,7	295,1
D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkramp	221,6	232,0	264,3
R21	Symptomen/klachten keel	204,9	192,8	215,0

Voor alle kleine kwalen (als L02 EN L03 worden samengenomen) is het aantal contacten toegenomen tussen 2011 en 2015.

Hoesten (R05)

De kosten van huisartsencontacten in verband met hoesten bedragen ongeveer 10,7 miljoen euro in 2015. In 2011 en 2013 was dit flink lager, namelijk 8,6 miljoen en 7,5 miljoen euro.

Het aantal voorschriften voor hoesten was het hoogst in 2011, namelijk 341 per 10.000 ingeschreven patiënten. In 2013 waren er 300 voorschriften per 10.000 ingeschreven patiënten, en in 2015 waren er 323 voorschriften. In 2011 en 2013 waren de kosten van voorgeschreven geneesmiddelen voor hoesten ruim 23 miljoen euro. Ondanks een toename in aantal voorschriften sinds 2013, daalden de kosten tot 17,6 miljoen euro in 2015. Dit komt voornamelijk door een daling in kosten per uitgifte voor o.a. glucocorticoïden (R03A), adrenergica met corticosteroïden (R03AK) en mucolytica (R05CB).

Uit marktdata van QuintilesIMS blijkt dat er in 2015 ook een flinke stijging was in het aantal verkochte zelfzorgmiddelen tegen hoesten ten opzichte van 2014. Het aantal voorschriften en

gekochte zelfzorgmiddelen tegen hoesten hangt samen met de (mate van ernst) van het griepseizoen.

Wratten (S03)

De kosten van huisartsencontacten in verband met wratten bedragen ongeveer 9,2 miljoen euro in 2015. In 2011 was dit ongeveer 8 miljoen euro, en in 2013 7,8 miljoen euro.

Huisartsen schrijven relatief weinig voorschriften uit voor wratten: het aantal voorschriften per contact was in 2015 0,13% en dit komt ongeveer overeen met 2011 en 2013 (0,16% voor beide jaren). In 2015 bedragen de kosten van voorschreven geneesmiddelen voor wratten 12.000 euro. De huisarts zal in eerste instantie de patiënt aanraden het natuurlijk beloop af te wachten. Indien de patiënt veel last heeft van de wrat(ten), zijn mogelijke behandelingen: salicylzuurzalf (afhankelijk van het percentage salicylzuur al dan niet als zelfzorgmiddel verkrijgbaar) en cryotherapie (aanstippen met vloeibaar stikstof), of een combinatie van beiden[27]. De kosten van cryotherapie zijn niet opgenomen in deze analyse omdat hier geen recept voor wordt geschreven.

Contacten voor influenza nemen toe, contacten voor tabaksmisbruik nemen af

Vervolgens hebben we gekeken naar de kleine kwalen waarvoor het aantal contacten relatief het meest toe- of afnam in 2015 ten opzichte van 2011 (zie Tabel 3.2). Met uitzondering van tabaksmisbruik is het aantal contacten voor de top-10 kleine kwalen gestegen. De grootste absolute toename in de top-10 is te zien voor L12 (hand/vinger symptomen/klachten) en W14 (morning-after pil/overige anticonceptie).

Tabel 3.2 Top-10 kleine kwalen op basis van het grootste verschil (toe-of afname) in aantal contacten per 10.000 ingeschreven patiënten

ICPC code	Kleine kwaal	2011	2013	2015
R80	Influenza, excl. Pneumonie	52,7	77,6	77,3
P17	Tabaksmisbruik	170,5	108,7	91,9
S01	Pijn/gevoeligheid huid	6,6	8,3	9,6
H13	Verstopt gevoel oor	29,9	32,6	41,4
W14	Morning-after pil/overige anticonceptie	116,0	144,3	156,6
S12	Beet/steek insect	87,9	94,7	117,6
D19	Symptomen/klacht tanden/ tandvlees	22,7	24,2	29,1
S17	Schaafwond/schram/blaar	83,1	87,1	106,4
L12	Hand/vinger symptomen/klachten	154,3	161,4	195,6
R06	Bloedneus	44,1	49,2	55,2

De grootste relatieve toename zien we in het aantal contacten voor influenza en pijn/gevoeligheid van de huid. De toename in aantal contacten tussen 2011 en 2013 is wellicht te verklaren doordat de influenzaepidemie van 2012 (week 51) en 2013 (week 16) de langst durende epidemie in 25 jaar was[28].

Het aantal contacten voor tabaksmisbruik is met bijna de helft afgenomen. Dit is wellicht (deels) te verklaren door de verschillende pakketmaatregelen wat betreft stoppen met roken in de afgelopen jaren: in 2011 kwam ondersteuning bij stoppen met roken in het basispakket (interventies gericht op

[27] NHG-Behandelrichtlijn Wratten (voet- en handwratten). Zie: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg-behandelrichtlijn_wratten_-_eindversie.pdf.

[28] Jaarrapportage surveillance respiratoire infectieziekten 2012. RIVM, 2013. Zie: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2013/november/Jaarrapportage_surveillance_respiratoire_infectieziekten_2012.

gedragsverandering, eventueel aangevuld met farmacologische ondersteuning), in 2012 stroomde het weer uit het basispakket (gedragstherapie bleef vergoed), in 2013 stroomde farmacologische ondersteuning bij stoppen met roken weer in het basispakket[29]. Uit data van QuintilesIMS blijkt dat het aantal zelfzorgmiddelen voor habituele aandoeningen (vooral middelen gericht op het stoppen met roken) daalde in 2012, 2013 en vooral in 2014. In 2015 nam de verkoop van zelfzorgmiddelen minimaal toe ten opzichte van 2014. In 2016 nam de verkoop verder toe.

Andere kwalen waarvoor het aantal contacten sterk is afgenomen (maar die buiten de top-10 vallen) zijn luieruitslag (S89, afname van 20.1%) en andere virusziekten (A77, afname van 10.7%).

Afname in aantal voorschriften voor dermatomycosen, kosten nemen wel toe

Het NIVEL beschrijft in hun rapportage van 2017 dat er 'een opvallende afname te zien is in het aantal voorschriften voor dermatomycosen (huidschimmels, S74), namelijk een daling van 18% in de periode 2011-2015'. In 2011 was het aantal voorschriften per contact voor dermatomycosen volgens het NIVEL nog 90,3% en in 2013 90,7%, maar in 2015 daalde dit naar 72,0%. Het aantal contacten met de huisarts voor dermatomycosen steeg wel licht (van 332,6 per 10.000 ingeschreven patiënten in 2011 naar 335,5 in 2013, naar 356,5 in 2015). Het NIVEL benoemt dat de daling in voorschriften mogelijk samenhangt met een wijziging in het verzekerde pakket in 2014, waarna een deel van de geneesmiddelen voor dermatomycosen niet meer vergoed worden en huisartsen wellicht adviseren om zelfzorgmiddelen te gebruiken. Uit data van QuintilesIMS blijkt echter dat er in 2015 een daling was in het aantal verkochte zelfzorgmiddelen tegen schimmels ten opzichte van 2014.

De kosten van huisartscontacten in verband met dermatomycosen bedragen ongeveer 5,6 miljoen euro in 2015. De kosten van de voorgeschreven geneesmiddelen zijn in 2015 ongeveer 4 miljoen euro. Ondanks een daling in het aantal voorschriften voor dermatomycosen zijn de kosten toch toegenomen sinds 2011 (toen was het 2,9 miljoen euro). Dit is te wijten aan een toename van kosten van geneesmiddelen, waaronder triazoolderivaten (ATC code JO2AC).

[29] Basispakket zorgverzekering. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3. Algemene Rekenkamer, 2015. Zie: www.rekenkamer.nl/dsresource?objectid=21863&type=org.

4 Ontwikkelingen op het terrein van zelfzorg

In het zorgakkoord van 2013 over de eerstelijnszorg werd substitutie van de tweede lijn naar huisartsenzorg, en van huisartsenzorg naar zelfzorg expliciet genoemd en dat dit de inzet van de betrokken partijen vereist[30]. Ook de Beleidsagenda 2012 van het ministerie van VWS noemde het stimuleren van zelfzorg als beleidsdoelstelling. Nu we enkele jaren verder zijn en een nieuw kabinet op korte termijn zijn beleid zal bepalen, is het relevant om inzichtelijk te maken in hoeverre er sinds 2012 actie is ondernomen om zelfzorg te stimuleren.

Op basis van literatuurstudie (rapporten, beleidsstukken en websites[31]) en interviews met stakeholders (beroepsverenigingen van huisartsen en apothekers, de Consumentenbond, de brancheorganisatie van fabrikanten en importeurs van zelfzorgproducten en de branchevereniging voor drogisterijen), schetsen wij een beeld van de ontwikkelingen rondom zelfzorg bij kleine kwalen. Ook kijken we naar enkele goede voorbeelden uit het buitenland.

Wij hebben openbaar beschikbare, Nederlandstalige en Engelstalige documenten (rapporten, artikelen, beleidsdocumenten en websites) geanalyseerd die informatie bevatten over zelfzorg, het besparingspotentieel door de inzet van zelfzorg bij kleine kwalen en maatregelen om zelfzorg te bevorderen.

4.1 Recente ontwikkelingen rondom zelfzorg

Het verschuiven van huisartsenzorg naar zelfzorg, zodat ruimte vrijkomt voor het overnemen van taken uit de tweede lijn werd expliciet genoemd als ambitie in het zorgakkoord van 2013: *"Zorg op de juiste plaats, waaronder substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn naar zelfzorg is een gedeeld belang van partijen en vereist een gezamenlijke inzet.*
Het nieuwe bekostigingssysteem stelt substitutie van de 2e naar de 1e lijn naar zelfzorg en preventie centraal, met als doel waar mogelijk voorkomen dat mensen in de 2e lijn terecht komen, door zorg zoveel en zo lang mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden."

In een recent rapport van de Algemene Rekenkamer[32] over de bijdrage van de zorgakkoorden aan de uitgavenbeheersing in de curatieve zorg wordt echter geen aandacht besteed aan zelfzorg. Dit suggereert dat deze substitutie niet of slechts in beperkte mate heeft plaatsgevonden. De bevindingen in het vorige hoofdstuk bevestigen dit beeld. Dit impliceert dat de potentie die de substitutie biedt niet ten volle is benut. Toch zijn er in de afgelopen jaren in Nederland wel degelijk initiatieven ontplooid om zelfzorg te stimuleren, met name gericht op het informeren van de burger over gezondheid en ziekte[33]. De belangrijkste van deze initiatieven worden hieronder beschreven.

Er gebeurt in Nederland veel op het gebied van het verstrekken van betrouwbare informatie over gezondheid en ziekte. Het idee is dat beter geïnformeerde patiënten niet alleen beter kunnen

30 Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017. 2013.

31 Wij hebben openbaar beschikbare, Nederlandstalige en Engelstalige documenten (rapporten, artikelen, beleidsdocumenten en websites) geanalyseerd die informatie bevatten over zelfzorg, het besparingspotentieel door de inzet van zelfzorg bij kleine kwalen en maatregelen om zelfzorg te bevorderen.

32 Algemene Rekenkamer. Zorgakkoorden; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4. 2016.

33 Initiatieven gericht op het stimuleren van zelfmanagement bij chronisch zieken, zoals Zelfzorg Ondersteund (ZO!), worden hier niet meegenomen, gezien de focus van dit rapport op zelfzorg bij kleine kwalen.

inschatten wanneer het nodig is om naar de huisarts te gaan of wanneer zelfzorg volstaat, maar dat ze ook meer zelfvertrouwen hebben als het op zelfzorg aankomt[34].

Een bekend initiatief op dit gebied is de website Thuisarts.nl[35], ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Deze website/app richt zich op het geven van betrouwbare informatie over gezondheid en ziekte. Er wordt onder andere aandacht besteed aan gezond leven, zelfzorg bij bepaalde klachten en het al dan niet bezoeken van een huisarts. Het is de insteek dat huisartsen (en andere praktijkmedewerkers) de website gebruiken als ondersteuning bij het geven van voorlichting aan patiënten. Uit een peiling onder NHG leden (in 2013) blijkt dat 90% van de huisartsen patiënten verwijzen naar Thuisarts.nl, waarvan het merendeel dit dagelijks of enkele dagen per week doet. Ook gebruiken huisartsen de website in verschillende fases van zorg; zo tonen zij Thuisarts.nl op hun beeldscherm tijdens een consult, of geven zij die informatie mee aan de patiënt. Echter, 13% van de huisartsen gebruikt Thuisarts.nl zelden of nooit [36,37].

De website Apotheek.nl biedt ook informatie over zelfzorg, maar het hoofddoel van de website is het beantwoorden van vragen over geneesmiddelen waarop mensen het antwoord niet kunnen vinden in de bijsluiter (in aanvulling op de bijsluiter). Zo wordt de site ook gebruikt: de meeste hits komen van mensen die via Google een bepaald geneesmiddel opzoeken.

Een al langer bestaande website (sinds 2003) is Zelfzorg.nl, een website van de Nederlandse brancheorganisatie van fabrikanten en importeurs van zelfzorgproducten Neprofarm. Deze website richt zich op het bieden van informatie over de preventie en behandeling van kleine kwalen, zelfzorg en zelfzorgmiddelen[38]. Deze website besteedt onder andere aandacht aan welke zelfzorgmiddelen burgers kunnen gebruiken om de symptomen van kleine kwalen te verminderen of verzachten.

Ook zijn er verschillende kleinere en/of lokale initiatieven gericht op het verstrekken van informatie over kleine kwalen, veelal aan een specifieke bevolkingsgroep (zoals migranten)[39]. Deze websites, folders, dvd's en dergelijke richten zich op het informeren van burgers over symptomen en ziekten, de mogelijkheden voor zelfzorg en wanneer het wel/niet wenselijk is de huisarts te bezoeken. De meeste initiatieven zijn erop gericht direct de burger te informeren, maar er zijn ook enkele initiatieven gericht op het ondersteunen van zorgprofessionals bij het informeren van de burger over ziekten (en zelfzorg), zoals de informatiemap en website Begrijpjelichaam.nl[40].

Ondanks deze initiatieven rondom informatieverstrekking, is het aantal huisartscontacten (en gerelateerde kosten) voor kleine kwalen de laatste jaren juist toegenomen, zoals het vorige hoofdstuk heeft laten zien. In de interviews met stakeholders hebben wij hen gevraagd te reflecteren op de ontwikkelingen rondom zelfzorg in de afgelopen jaren en de vereisten voor het succesvol stimuleren van verantwoorde zelfzorg.

Daarnaast heeft het Zorginstituut Nederland eind 2016 een adviesrapport gepubliceerd naar aanleiding van de vraag van de Minister of vitaminen, mineralen en paracetamol 1000 mg

---

34 Gustafsson S, Vikman I, Sävenstedt S, Martinsson J. Perceptions of needs related to the practice of self-care for minor illness. Journal of Clinical Nursing. 2015;24(21-22):3255-3265.

35 Sinds 2012 online.

36 Drenthen et al. Thuisarts.nl, hoe bevalt dat? Ervaringen na 3 jaar Thuisarts.nl. NTvG. 2014.

37 Peiling van 2015. In maart 2017 volgt een nieuwe peiling.

38 Ostermann et al.: A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. 2015.

39 GGD Den Haag, Menzis, Azivo: Tips voor de thuisdokter;.
Schoevers et al.: Gezondheidsboek; Wie helpt mij als ik ziek ben? Wat kan ik zelf doen? UMC St Radboud 2009;
Folders van het AchterstandsOndersteuningsFonds voor huisartsenzorg in achterstandswijken in Amsterdam;
Utrechtse Huisartsen Vereniging: Doktorenonderdedom.nl.

40 Pharos en partners: www.begrijpjelichaam.nl.

thuishoren in het verzekerde pakket[41]. Voor een aantal van deze middelen zijn (nagenoeg) vergelijkbare producten zonder recept verkrijgbaar bij de apotheek en/of drogist. De kosten van deze middelen zijn meestal lager omdat er, in tegenstelling tot voorschriften van de huisarts, geen dienstverleningskosten voor de apotheker betaalt hoeven te worden. Dit is vooral voordelig voor patiënten die het verplicht eigen risico op moment van aankoop nog niet hebben opgebruikt (zie paragraaf 2.1). Het Zorginstituut Nederland adviseert de Minister dat middelen waarvoor een vergelijkbaar zelfzorgmiddel verkrijgbaar is, niet in het verzekerde pakket thuis horen. Echter, zij waarschuwen voor het gebrek aan maatschappelijk draagvlak om middelen voor milde aandoeningen die weinig kosten en vaak worden voorgeschreven uit het verzekerde pakket te halen.

4.2 Interviews met stakeholders

De vijf stakeholders (beroepsverenigingen van huisartsen en apothekers, de Consumentenbond, de brancheorganisatie van fabrikanten en importeurs van zelfzorgproducten en de branchevereniging voor drogisterijen) gaven aan dat er online goede informatie beschikbaar is over gezondheid en zelfzorg. De informatie op deze websites wordt echter nog niet altijd op een zo toegankelijk mogelijke wijze aangeboden én de informatie op de websites zou beter ontsloten kunnen worden, zodat meer mensen gebruik kunnen maken van de informatie die er is. Daarnaast kwam naar voren dat zowel op het niveau van beroepsverenigingen als op het niveau van de zorgverleners de samenwerking tussen de betrokken partijen verbeterd kan worden op het gebied van informatieverstrekking en verbeterinitiatieven. De huisarts werd in de interviews genoemd als belangrijke speler in het bij de burger onder de aandacht brengen van de mogelijkheden van zelfzorg.

Goede en betrouwbare informatie

Websites zoals Thuisarts.nl, Apotheek.nl en Zelfzorg.nl worden gezien als belangrijke bronnen van goede en betrouwbare informatie over gezondheidsklachten, geneesmiddelen en zelfzorg. In het kader van de online informatie werkt de KNMP en Apotheek.nl samen met de NHG en hun website Thuisarts.nl. Zo wordt op Thuisarts.nl voor informatie over geneesmiddelen verwezen naar Apotheek.nl en de informatie over klachten op Apotheek.nl wordt voor een deel van Thuisarts.nl gehaald. De informatie op Zelfzorg.nl wordt afgestemd op de NGH standaarden.

Betere voorlichting over de kosten van de zorg (bijvoorbeeld laboratorium onderzoek bij de huisarts) kan ertoe bijdragen dat burgers een bewuste keuze maken tussen zelfzorg of professionele zorg. Nu hebben mensen vaak geen goed beeld van deze kosten (‘de huisarts valt niet onder het verplicht eigen risico’).

Toegankelijke en begrijpelijke informatie

Er wordt door bestaande websites al wel aandacht besteed aan het toegankelijk aanbieden van informatie, maar dit kan beter. De bestaande websites bevatten nu nog vooral tekstuele informatie. De inzet van animaties en beslisboompjes kan de informatie toegankelijker en begrijpelijker maken. Een voorbeeld van websites waar dit al gedaan wordt zijn Kijksluiter.nl en Beeldsluiter.nl. Deze websites bevatten animatiefilmpjes met daarin een samenvatting van de bijsluiter van veel geneesmiddelen. Een dergelijke aanpak zou voor informatie rondom zelfzorg ook een goede toevoeging kunnen zijn: beeld spreekt de consument meer aan dan alleen tekst.

[41] Horen vitaminen, mineralen en paracetamol 1000 mg (nog) thuis in het te verzekeren pakket? Zorginstituut, 2016.

Betere ontsluiting van online informatie

Burgers zouden meer gewezen kunnen worden op de mogelijkheden en de voordelen van zelfzorg, bijvoorbeeld door het tonen van filmpjes in de wachtkamer bij de huisarts, het afspelen van informatie terwijl iemand telefonisch in de wacht staat, of door op websites van huisartsen en apotheken aandacht aan zelfzorg te besteden en te verwijzen naar websites met informatie over zelfzorg. Nu zijn veel burgers nog niet bekend met de beschikbare websites.

Alhoewel websites vaker worden bezocht, is het nog niet zo dat burgers standaard een website met informatie over gezondheid en ziekte bezoeken voor zij contact opnemen met de huisarts. Het helpt wellicht als officiële instanties, zoals zorgverzekeraars, patiënten adviseren om dit soort sites te gebruiken om betrouwbare informatie te krijgen. Voorbeelden van organisaties die dit al doen zijn het RIVM, de Patiëntenfederatie (via zorgkaart.nl) en supermarkten zoals Albert Heijn. Drogisterijketens, zoals Kruidvat en DA hebben op hun websites bij bepaalde geneesmiddelen ook een link naar Thuisarts.nl opgenomen, maar vervangen deze op korte termijn door een link naar Zelfzorg.nl. Naar elkaars website verwijzen is een manier om beter gevonden te worden in Google. Nu worden nog lang niet alle websites die zelfzorginformatie geven goed gevonden in zoekmachines.

Betere face-to-face informatieverstrekking

Uit buitenlandse studies blijkt dat apothekers betere zelfzorgadviezen geven dan apothekersassistenten, maar het zou voor apothekers te tijdrovend zijn om alle zelfzorg adviezen zelf te geven. Het is dan ook belangrijk om aandacht te besteden aan het kennisniveau van assistenten over zelfzorg en waar nodig training rondom dit onderwerp aan te bieden.

In verschillende interviews werd aangegeven dat de huisarts mensen die op consult komen voor kleine kwalen meer kunnen wijzen op de mogelijkheden van zelfzorg: zo kunnen huisartsen bijdragen aan het empoweren (ofwel het versterken van de positie) van burgers rondom gezondheid en ziekte. Wanneer een huisarts bij een kleine kwaal een receptgeneesmiddel voorschrijft, terwijl misschien een zelfzorgadvies of zelfzorgmiddel ook zou volstaan, wordt de burger niet gestimuleerd zelf verantwoording te nemen voor zijn gezondheid.

Naast huisartsen en apothekers spelen drogisten een belangrijke rol in (het bevorderen van) zelfzorg. Ruim driekwart van de zelfzorgmiddelen wordt door drogisterijen verkocht[42] en jaarlijks geven drogisten meer dan 68 miljoen adviezen over gezondheid.. Het beeld bestaat dat zij burgers nu voornamelijk informatie/advies over zelfzorgmiddelen geven. Enkele stakeholders geven aan dat het goed zou zijn als zij ook meer algemene (zelfzorg) adviezen zouden geven - dus niet gerelateerd aan zelfzorgmiddelen - en de consument zouden verwijzen naar websites met betrouwbare informatie over gezondheid en ziekte. Door de drogisterijen is een nascholingsplatform opgericht voor (assistent)drogisten rondom zelfzorgadviezen. Dit is met name gericht op het verbeteren van de adviesvaardigheden van (assistent)drogisten.

De Consumentenbond heeft door middel van mystery shopping in kaart gebracht hoe de informatievoorziening bij drogisterijen en apotheken is rondom gezondheidsklachten en zelfzorgmiddelen. Hieruit kwam naar voren dat er ruimte voor verbetering is, ook ten aanzien van verwijzing naar de eerste lijn wanneer zij inschatten dat zelfzorg niet (meer) voldoet: bijvoorbeeld als iemand weken achter elkaar maagzuurremmers of ibuprofen koopt.

Een manier om op een laagdrempelige manier informatie over gezondheid, zelfzorg en zorgverleners te verspreiden die naar voren kwam in de interviews, is door de informatie op kinderen te richten. In het verleden heeft een project gelopen waarbij apothekers naar scholen

[42] Cijfers van QuintilesIMS, ziehttp://www.neprofarm.nl/zelfzorgmarkt-2016/.

gingen om voorlichting te geven over wat de apotheek doet en de kinderen ook langsgingen in de apotheek. Dit soort initiatieven leert mensen van jongs af aan wat de rol van de apotheker is.

Betere samenwerking tussen nulde- en eerste lijn

Uit de interviews kwam naar voren dat verantwoorde zelfzorg vereist dat bepaalde randvoorwaarden op orde zijn, zodat mensen niet de verkeerde keuzes maken en te lang met klachten blijven lopen voor ze naar de huisarts gaan. Hiervoor is goede informatie en voorlichting in de nuldelijn noodzakelijk. Daarnaast is ook van belang dat een drogist of apotheker weet wanneer iemand doorverwezen moet worden naar de huisarts. Maar dit geldt ook andersom: een huisarts kan mensen die vaker langskomen voor klachten waarbij zelfzorg ook zou voldoen wijzen op de mogelijkheid om informatie en advies te krijgen bij de drogist, apotheek of via een betrouwbare website.

Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg kunnen meerwaarde hebben indien de huisarts vertrouwen heeft in de informatievoorziening door de drogist en apotheker, waardoor ze gemakkelijker naar de nuldelijn verwijzen. Dit vereist wel dat er, waar nodig, verbeteringen worden doorgevoerd in de informatievoorziening door de nuldelijn, zoals hierboven beschreven.

In 2016 liep in een aantal apotheken een project over verkoudheid en griep, waarbij de huisarts naar de apotheek verwees. Na afloop van het project bleek dat de huisartsen daar heel tevreden over waren.

Een initiatief dat wordt opgezet door de brancheorganisaties van drogisterijen zijn de proeftuinen zelfzorg, waarin de samenwerking tussen nulde- en eerstelijnszorg verbeterd wordt. Het doel is dat mensen door de verbeterde samenwerking uniforme informatie rondom kleine kwalen krijgen en niet onnodig naar de huisarts gaan of te lang met klachten door blijven lopen. De Consumentenbond, Patiëntenfederatie en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik zijn ook bij dit project betrokken.

Een mogelijke manier om samenwerking tussen huisartsen en apothekers rondom zelfzorg te verbeteren die naar voren kwam in de interviews, is door hier een farmacotherapeutisch overleg (FTO) voor te ontwikkelen. Huisartsen en apothekers kunnen hierin bespreken wat ze doen om verantwoorde zelfzorg te bevorderen. Huisartsen en apothekers weten nu vaak niet goed van elkaar wat ze doen. Ook drogisten zouden in dit FTO kunnen aansluiten, om informatie-uitwisseling tussen de nulde en eerste lijn te vergemakkelijken.

Betere samenwerking tussen landelijke partijen

Betere samenwerking tussen landelijke organisaties van huisartsen, apotheken en drogisterijen kan de uniformiteit van beschikbare informatie ten goede komen, zo vinden de stakeholders. NHG (Thuisarts.nl) en KNMP (Apotheek.nl) stemmen bijvoorbeeld de inhoud van de websites op elkaar af. Neprofarm (Zelfzorg.nl) stemt de inhoud van de website af op de NHG richtlijnen. Maar ook niet-online informatie kan beter afgestemd worden.

De rol van de overheid

Uit de interviews kwam naar voren dat de stakeholders vooral voor het veld mogelijkheden zien om verantwoorde zelfzorg bij kleine kwalen te stimuleren. Toch werd ook de overheid genoemd als partij die aandacht voor zelfzorg kan stimuleren en faciliteren in lijn met het zorgakkoord van 2013, bijvoorbeeld door pilot projecten en onderzoek te financieren. Concrete verbeterinitiatieven zouden vanuit de betrokken veldpartijen moeten komen om voldoende draagvlak te hebben.

Volgens de stakeholders zitten er perverse prikkels in het huidige systeem: een huisarts die terugverwijst naar de nuldelijn ziet zijn omzet teruglopen, een apotheek die verwijst naar zelfzorgmiddelen die vervolgens bij een drogisterij gehaald worden ziet hetzelfde gebeuren. Als de drogist goede voorlichting geeft gaat de consument misschien naar de huisarts of kijkt het een weekje aan zonder zelfzorgmiddel. De overheid kan kijken hoe deze prikkels weggenomen kunnen worden, zodat de beroepsgroepen beter kunnen samenwerken.

4.3 Voorbeelden uit het buitenland

Uit de in hoofdstuk 3 gepresenteerde cijfers blijkt dat, ondanks de politieke voornemens in 2012/2013 en de groei van beschikbare en betrouwbare gezondheidsinformatie, veel mensen nog steeds met kleine kwalen de huisarts bezoeken. Het lijkt niet aannemelijk om te verwachten dat dit vanzelf zal veranderen in de komende jaren. Gezien de verder vergrijzende bevolking en de verwachtte verdere toename in zorgkosten is het van belang om het besparingspotentieel rondom kleine kwalen in de komende jaren te realiseren. In dit kader is het relevant om te kijken naar initiatieven die op dit vlak ontplooid worden in het buitenland, om zo inspiratie voor de Nederlandse situatie op te doen.

Informatie voor de burger en de zorgprofessional

In het Verenigd Koninkrijk wordt vanuit de National Health Service (NHS) en het Self Care Forum aandacht gevraagd voor en advies gegeven over zelfzorg. De NHS biedt via de website NHS Choices sinds 2007 informatie over gezondheid en ziekte voor zowel patiënten/burgers als professionals. Ook in andere landen zijn dergelijke websites ontwikkeld, zoals het Franse Améli-Santé [43]. Deze websites zijn er veelal op gericht de burger van informatie te voorzien zodat deze gestimuleerd wordt waar mogelijk zelfzorg toe te passen, en wanneer nodig contact op te nemen met de juiste zorgprofessional.

Waar de NHS zich met de website NHS Choices richt op het geven van betrouwbare informatie over gezondheid, ziekte en levensstijl in het algemeen, richt het Self Care Forum zich specifiek op het stimuleren van zelfzorg bij kleine kwalen. Zij geven via hun website, flyers, posters en evenementen tips aan huisartsenpraktijken over hoe zelfzorg te stimuleren bij patiënten. Huisartsen worden opgeroepen om patiënten met een kleine kwaal te informeren over de mogelijkheid van zelfzorg, en zo de patiënt van meer informatie en zelfvertrouwen te voorzien. Daarnaast heeft het Royal College of General Practitioners (RCGP) een e-learning cursus ontwikkeld over zelfzorg bij kleine kwalen, die door zorgprofessionals gratis te gebruiken is en onder andere via de site van het Self Care Forum te benaderen is.

[43] Ostermann et al.: A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. 2015.

Figuur 4.1. Poster om patiënten in de huisartsenpraktijk te wijzen op de rol van de apotheker



Naast deze meer algemene informatie voorziening over gezondheid en zelfzorg, wordt in de UK sinds 2013 ook specifiek aandacht besteed aan het terugdringen van onnodig gebruik van antibiotica bij hoesten, verkoudheid en griep, via de campagne: Treat yourself better with pharmacist advice[44]. Op de bijbehorende website wordt uitgelegd dat de symptomen van deze aandoeningen vaak lang aan kunnen houden, maar dat dit niet per se betekent dat het nodig (of nuttig) is om antibiotica te gebruiken. Ook wordt advies gegeven over zelfzorg en de rol die de apotheker kan spelen bij het kiezen van de juiste zelfzorg behandeling.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat in 7% van de consulten voor hoesten antibiotica wordt voorgeschreven terwijl dit niet geïndiceerd is. Ook blijkt dat niet-medicamenteuze aanbevelingen uit NHG-standaarden (zoals het advies om zo min mogelijk de keel te schrapen, of om te stoppen met roken in het geval van contact voor hoesten) in beperkte mate worden opgevolgd door huisartsen[45]. Het onderzoek concludeert dat als er gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt plaatsvindt en huisartsen vaker de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaarden opvolgen de hoeveelheid voorgeschreven antibiotica wellicht zal verminderen.

Een studie uit 2015 laat zien dat in het buitenland zelfzorg tot kostenbesparing kan leiden, zowel op het niveau van het individu als op het niveau van de maatschappij. Maar hoe groot die besparing is en of de besparing ook daadwerkelijk behaald wordt hangt sterk af van het type aandoening en de manier waarop zelfzorg wordt ondersteund of gestimuleerd[46]. Het eerder genoemde NHS Choices wordt in deze studie beschreven als initiatief dat tot een besparing voor burgers leidt: burgers kiezen op basis van adviezen op NHS Choices vaker voor zelfzorg(middelen) en besparen hierdoor tijd (ze hoeven niet naar de huisarts) en geld (zoals in paragraaf 2.1 beschreven zijn receptgeneesmiddelen vaak duurder dan een vergelijkbaar zelfzorgmiddel).

---

44 http://www.treatyourselfbetter.co.uk/.

45 De rol van patiënten bij het afwijken van de richtlijnen door huisartsen. Een onderzoek naar het voorschrijven van antibiotica. NIVEL, 2016. Zie: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Afwijken_van_richtlijnen.pdf.

46 Ostermann et al.: A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. 2015.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Zelfzorg staat voor alles wat burgers zelf, op eigen initiatief en op basis van eigen verantwoordelijkheid, kunnen doen om gezondheidsklachten te voorkomen, te verminderen of te genezen. Op basis van kennis van het eigen lichaam en goede, betrouwbare informatie over (de ernst van) klachten, zijn de meeste mensen in staat om kleine kwalen zelf te diagnosticeren en te behandelen.

Investeren in zelfzorg loont

Door te investeren in het stimuleren en ondersteunen van zelfzorg, kan op langere termijn een besparing op macroniveau gerealiseerd worden. Wanneer mensen bij kleine kwalen vaker zouden kiezen voor zelfzorg, neemt de druk op de huisarts af en ontstaat daar meer ruimte voor andersoortige, meer complexere zorg, zoals het overnemen van tweedelijnstaken. Op individueel niveau kan zelfzorg tot een verbeterde betaalbaarheid leiden, afhankelijk van hoeveel verplicht eigen risico iemand al verbruikt heeft. Een receptgeneesmiddel is, vanwege apothekerskosten, doorgaans duurder dan een vergelijkbaar zelfzorgmiddel. Bovendien kan het stimuleren van zelfzorg bijdragen aan de zelfredzaamheid van de burger.

Huisartsencontacten in verband met kleine kwalen blijven toenemen

Uit ons onderzoek blijkt echter dat het aantal huisartscontacten voor kleine kwalen (zelfzorgscore >50%) stijgt gedurende de afgelopen jaren. In 2015 had één op de 5,8 huisartscontacten betrekking op kleine kwalen. In 2011 was dit nog één op de 6,3 en in 2013 één op de 6,2 huisartscontacten. Het absolute aantal huisartsencontacten voor kleine kwalen was in 2011 bijna 10,8 miljoen, nam iets af in 2013 (tot bijna 10,7 miljoen) en nam vervolgens weer toe tot ruim 12,1 miljoen in 2015. In de afgelopen 12 jaar is het aantal huisartscontacten voor kleine kwalen bijna verdubbeld. De kosten van de huisartscontacten in verband met kleine kwalen waren bijna 111 miljoen euro in 2015. Nog los van de kosten die bij deze huisartsencontacten komen kijken, betekent dit ook dat er geen tijd vrijkomt in de eerste lijn om taken van de tweede lijn over te nemen.

Aantal voorschriften voor kleine kwalen neemt ook toe

In 2011 werd in 58% van het totaal aantal contacten voor kleine kwalen (zelfzorgscore >75%) een geneesmiddel voorgeschreven, in 2013 was dit 57% van het totaal aantal contacten voor kleine kwalen. In 2015 is dit percentage verder gedaald tot 46%. Desondanks nam het aantal voorschriften voor kleine kwalen in de periode 2011-2015 toe; dit komt doordat het aantal huisartscontacten sterk is gestegen in die periode. De meest voorgeschreven middelen voor kleine kwalen met een zelfzorgscore >50% zijn opiumalkaloïden en -derivaten (R05DA, een hoestprikkel dempend middel) en imidazool- en triazoolderivaten (D01AC, lokale antimycotica). Dit geldt voor zowel 2011, 2013 als 2015.

Betrouwbare informatie en samenwerking tussen veldpartijen kan nog beter

Uit interviews met stakeholders (vertegenwoordigers van apothekers, huisartsen, drogisten, fabrikanten en importeurs van zelfzorgmiddelen en burgers), kwamen enkele onderwerpen naar voren die van belang zijn rondom zelfzorg bij kleine kwalen. Om te beginnen gaven de stakeholders aan dat er online goede informatie beschikbaar is over gezondheid en zelfzorg. De informatie op deze websites wordt echter nog niet altijd op een zo toegankelijk mogelijke wijze aangeboden én de informatie op de websites zou beter ontsloten kunnen worden, zodat meer mensen gebruik

kunnen maken van de informatie die er is. Daarnaast kwam naar voren dat zowel op het niveau van beroepsverenigingen als op het niveau van de zorgverleners de samenwerking tussen de betrokken veldpartijen verbeterd kan worden. De huisarts werd in door de stakeholders genoemd als belangrijke speler in het bij de burger onder de aandacht brengen van de mogelijkheden van zelfzorg.

De ambitie uit het zorgakkoord van 2013 is nog niet waargemaakt

"Zorg op de juiste plaats, waaronder substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn naar zelfzorg is een gedeeld belang van partijen en vereist een gezamenlijke inzet."[47]

Uit dit rapport blijkt dat, ondanks deze gezamenlijke ambitie van betrokken partijen uit 2013 en de toename van beschikbare en betrouwbare gezondheidsinformatie, veel mensen met kleine kwalen nog steeds de huisarts bezoeken en een geneesmiddel voorgeschreven krijgen. Substitutie van de eerste naar de nulde lijn lijkt dus onvoldoende plaatsgevonden te hebben, waardoor ook geen ruimte gecreëerd voor substitutie vanuit de tweede lijn. Het is niet aannemelijk om te verwachten dat dit vanzelf zal veranderen in de komende jaren. Hier ligt dus een taak voor de overheid.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van ons onderzoek doen wij de volgende aanbevelingen om de rol van zelfzorg bij kleine kwalen te vergroten:

- *Spreek de ondertekenaars van het zorgakkoorden uit 2013 erop aan dat de gemaakte afspraken voor wat betreft substitutie naar zelfzorg bij kleine kwalen niet zijn nageleefd* en zorg dat die gezamenlijke inzet inderdaad op gang komt. Hier ligt een taak voor de overheid.

- *Maak huisartsen meer bewust van de mogelijkheden van zelfzorg.* Huisartsen kunnen in de spreekkamer een belangrijke rol spelen in het stimuleren van verantwoorde zelfzorg bij kleine kwalen. Zij kunnen mensen die naar de huisarts gaan met een kleine kwaal informeren over de mogelijkheid van zelfzorg, en zo de patiënt van meer informatie en zelfvertrouwen voorzien. In dit kader is nog verbetering mogelijk. Ook kunnen zij mensen die langskomen voor kleine kwalen consequenter wijzen op de mogelijkheid om informatie en advies te krijgen bij de drogist of apotheek.

- *Verbeter face-to-face informatieverstrekking over zelfzorg.* Leid apothekersassistenten en huisartsassistenten op om ook zelfzorgadviezen te geven en zo nodig te verwijzen naar websites met informatie over gezondheid en zelfzorg. Zorg bovendien voor afstemming van de verstrekte informatie tussen drogisten, apotheken en huisartsen.

- *Verbeter de samenwerking tussen de nulde en eerste lijn.* Samenwerkingsafspraken kunnen de betrokken zorg- en dienstverleners het vertrouwen geven om (meer) naar elkaar te verwijzen. De overheid kan de samenwerking tussen de nulde en eerste lijn bevorderen, bijvoorbeeld door initiatieven hiertoe financieel te ondersteunen of door te onderzoeken hoe de bestaande perverse prikkels (een huisarts die terugverwijst naar de nuldelijn ziet zijn omzet teruglopen, een apotheek die verwijst naar zelfzorgmiddelen die vervolgens bij een drogisterij gehaald worden ziet hetzelfde gebeuren) weggenomen kunnen worden.

- *Verbeter de samenwerking tussen betrokken veldpartijen op landelijk niveau.* Dit zorgt niet alleen voor uniforme informatie, maar zal er ook voor zorgen dat partijen samen optrekken in

[47] Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017. 2013.

verbeterprojecten. De initiatieven hiervoor dienen bij voorkeur uit het veld te komen, maar de overheid zou pilot projecten en onderzoek kunnen financieren.

- *Maak online informatie over zelfzorg toegankelijker.* Zorg ervoor dat er niet alleen (eenvoudige) tekstuele informatie wordt gegeven, maar ook gebruik wordt gemaakt van animatiefilmpjes om ingewikkelde materie op een begrijpelijke en aantrekkelijke manier uit te leggen.

- *Ontsluit online informatie over zelfzorg beter.* Dit kan door burgers bekender te maken met de beschikbare websites, bijvoorbeeld door op websites van huisartsen, apotheken drogisterijen of zorgverzekeraars (gerichter) te verwijzen naar bestaande websites met informatie over zelfzorg, of door in de huisartsenpraktijk, apotheek of drogisterij met posters of filmpjes de websites onder de aandacht te brengen.

Bijlage A: Toelichting berekening besparingspotentieel

Zelfzorgwaardige gezondheidsklachten (‘kleine kwalen’)

In 2011 heeft een expertgroep van artsen en apothekers, onder leiding van prof. dr. Marcel Bouvy en in opdracht van Ecorys, via een wetenschappelijke gevalideerde Delphi-methode een afbakening gemaakt van gezondheidsklachten die in principe in eerste instantie door middel van zelfzorg kunnen worden behandeld[48]. De afbakening is opgesteld binnen de internationaal gebruikelijke eerstelijnsgezondheidsklachtenclassificatie ICPC[49]. Dit heeft geresulteerd in lijst met ICPC-codes, die elk voorzien zijn van een ‘zelfzorgscore’. Dit is een percentage dat is staat voor de frequentie waarin een dergelijke klacht aan een huisarts wordt gepresenteerd, terwijl de patiënt de klacht door middel van zelfzorg zou kunnen aanpakken.

De door NIVEL gehanteerde definitie voor kleine kwalen is: “aandoeningen en klachten die in aanmerking komen voor zelfzorg en waarbij zelfzorg ook bij meer dan 75% van de patiënten die deze klacht of aandoening hebben volstaat” (Tabel A.5.1). De aandoeningen en klachten zijn uitgedrukt in ICPC code.

Tabel A.5.1 Aandoeningen die in meer dan 75% van de gevallen zelf opgelost kunnen worden

ICPC code	Omschrijving	Zelfzorgscore (%)
S17	Schaafwond/schram/blaar	85
S20	Likdoorns/eeltknobbels	85
R07	Niezen/neusverstopping/loopneus	82
D08	Flatulentie/gaspijn/boeren	81
S16	Buil/kneuzingen/contusie intacte huid	81
D22	Wormen/oxyuren/andere parasieten	79
S22	Symptoom/klacht nagels	78
S89	Luieruitslag	78
A72	Waterpokken	77
S12	Beet/steek insect	77
S74	Dermatomycosen	77
R05	Hoesten	76

Zoals in het door Ecorys in 2011 uitgevoerd onderzoek, baseren wij onze berekeningen op alle aandoeningen en klachten (uitgedrukt in ICPC code) waarvan naar professionele inschatting gemiddeld meer dan 50% van de aan huisartsen gepresenteerde klachten met zelfzorg afdoende behandeld kan worden. Voor een ICPC-code met een lage zelfzorgscore (tussen 50 en 75%, zie Tabel A.5.2), wil dat niet altijd zeggen dat de zelfzorgwaardigheid twijfelachtig is. Een lage zelfzorgscore kan ook veroorzaakt zijn doordat de betreffende ICPC-code heel breed gedefinieerd is en daardoor een heterogeniteit aan meer en minder zelfzorgwaardige klachten omvat.

[48] Zie voor een uitgebreide beschrijving pagina 9-11 van het NIVEL rapport (2011) ‘Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Contacten, verwijzingen en geneesmiddelenvoorschriften in 2003-2009’.

[49] International Classification of Primary Care.

Tabel A.5.2 Aandoening met een zelfzorgscore tussen de 50% en 75%.

ICPC code	Omschrijving	Zelfzorgscore (%)
R21	Symptomen/klachten keel	74
S96	Acne	73
A76	Andere virusziekten met exantheem	72
D12	Obstipatie	71
K96	Hemorroïden	71
W14	Morning after pil/ over anticonceptie	71
A09	Transpiratie problemen	70
N02	Spanningshoofdpijn	70
S86	Seborroïsch eczeem/roos	70
D03	Zuurbranden	69
D11	Diarree	69
D19	Symptoom/klacht tanden/tandvlees	69
D20	Symptoom/klacht mond/tong/lippen	69
N01	Hoofdpijn	69
X02	Pijnlijke menstruatie	69
P17	Tabaksmisbruik	68
S71	Herpes simplex lip/genitaal	68
D09	Misselijkheid	67
L08	Schouder symptomen/klachten	67
L18	Spierpijn/fibrositis	67
H01	Oorpijn	66
S02	Pruritus/jeuk	66
S03	Wratten	66
R97	Hooikoorts/allergische rhinitis	65
D05	Perianale jeuk	63
F71	Allergische conjunctivitis	63
L03	Lage rugpijn zonder uitstraling	63
R80	Influenza bewezen excl. Pneumonie	63
S06	Lokale roodheid huid	63
A03	Koorts	61
D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	61
D93	Spastisch colon/ibs	61
L89	Perifere artrose	61
R06	Bloedneus	61
D10	Braken [ex zwangerschap W06]	60
S01	Pijn/gevoeligheid huid	58
A01	Pijn gegeneraliseerd	56
L02	Rug symptomen/klachten	56
L12	Hand/vinger symptomen/klachten	55
A12	Allergie/allergische reactie niet anders omschreven	52
A77	Andere virusziekten niet anders omschreven	52
H13	Verstopt gevoel oor	52
N89	Migraine	52

De bovengenoemde lijst met ICPC codes, die elk voorzien van een zelfzorgscore, is gebonden aan plaats en tijd. In een andere culturele of geografische setting, en in de (verdere) toekomst of het (verdere) verleden zijn de lijst en scores niet geldig. Daarom kan de lijst bijvoorbeeld niet zonder

meer in cross-sectioneel of longitudinaal onderzoek worden toegepast (bijvoorbeeld het huidige zorggebruik in een ander land of het zorggebruik in Nederland in het jaar 1980). Echter, de werkwijze om tot de lijst te komen is wel onafhankelijk van plaats en tijd toepasbaar. Dat maakt het mogelijk om nu in andere landen of in de toekomst in Nederland dezelfde metingen te verrichten om vergelijkingen te kunnen maken van het zorggebruik bij kleine kwalen.

Cijfers van huisartsenzorg: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Onze analyses bouwen voort op het door het NIVEL gepubliceerde rapport, waarin het aantal contacten met de huisartsenpraktijk en medicatievoorschriften vanwege kleine kwalen voor de jaren 2011, 2013 en 2015, gemeten in de NIVEL Zorgregistratie, zijn gepresenteerd[50]. In 2011 heeft het NIVEL eenzelfde rapport uitgebracht waarin het aantal contacten met de huisartsenpraktijk en medicatievoorschriften vanwege kleine kwalen voor de jaren 2003, 2006 en 2009 zijn gepresenteerd[51].

NIVEL heeft voor de dataverzameling praktijken geselecteerd die bij minimaal 85% van de voorschriften een ATC code vermeldden, bij 70% van het journaal regels een ICPC code vermeldde en minimaal 500 ingeschreven patiënten hadden. Voor 2011, 2013 en 2015 werden praktijken geselecteerd die minimaal 46 weken in een jaar gegevens aanleverden. Voor de jaren 2003, 2006 en 2009 geldt dat praktijken werden geselecteerd die minimaal 40 weken in een jaar gegevens aanleverden.

Het NIVEL heeft in haar analyses gecorrigeerd voor het aantal klachten of aandoeningen dat besproken werd tijdens een contact (bijvoorbeeld als een patiënt voor twee klachten of aandoeningen kwam (waaronder 1 kleine kwaal), werd dit contact slechts voor de helft meegenomen in de analyses. Daarnaast is ook gecorrigeerd voor de zelfzorgscore van de kleine kwaal, door het aantal contacten te vermenigvuldigen met de zelfzorgscore van de betreffende ICPC code. De voorschriften zijn niet gecorrigeerd voor de zelfzorgscore van de kleine kwaal.

In het NIVEL rapport is de data gepresenteerd per 10.000 ingeschreven patiënten. Om tot een landelijk besparingspotentieel te komen heeft Ecorys de data omgerekend met behulp van de bevolkingscijfers voor het betreffende jaar, zoals bekend in CBS Statline (Tabel A.5.3).

Tabel A.5.3 Bevolkingsaantallen per jaar

Jaar	Bevolkingsaantal
2011	16.655.799
2013	16.779.575
2015	16.900.726

Kostendata

In de analyses zijn de huisartsentarieven (voor CTG 12000 t/m 12008) gebruikt zoals vastgesteld in de Tariefbeschikkingen van de Nederlandse Zorgautoriteit[52,53,54].

[50] Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Contacten en medicatiebeleid voor de jaren 2011, 2013 en 2015. NIVEL, 2017. Zie: http://www.nivel.nl/nl/nieuws/voor-een-schaafwond-insectenbeet-naar-de-huisarts.

[51] Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Contacten, verwijzingen en geneesmiddelenvoorschriften in 2003-2009. NIVEL, 2011. Zie: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Kleine-kwalen-huisartsenpraktijk.pdf.

[52] Tarievenlijst huisartsenzorg 2011 TB/CU-7009-01.

[53] Tarievenlijst huisartsenzorg 2013 TB/CU-7053-02.

[54] Tarievenlijst huisartsenzorg 2015 TB/CU-7089-04.

Voor een aantal aandoeningen en voorschriften (zie paragraaf 3.3) zijn de gerelateerde kosten berekend. Hierbij is gebruik gemaakt van kostendata die online en openbaar beschikbaar is gemaakt in de GIP database[55]. Sinds 1 juli 2015 worden declaraties gesplitst in: een declaratie voor een basisvergoeding voor het verstrekte geneesmiddel en een declaratie voor de vergoeding die de apotheker vraagt voor zijn/haar dienstverlening. Dit is in tegenstelling tot eerdere jaren, waarin de kosten (vergoeding voor het verstrekte geneesmiddel, vergoeding voor dienstverlening apotheek en 6% BTW) werden gepubliceerd[56]. De GIP database publiceert alleen cijfers over dienstverlening en BTW op jaarbasis, en niet per uitgifte[57]. In de berekening van de kosten van opvallende aandoeningen en kosten zijn we voor de jaren 2011-2015 daarom alleen uitgegaan van de basisvergoeding voor het verstrekte geneesmiddel.

Beperkingen van het onderzoek

In deze studie hebben wij gekeken naar de huisartscontacten in de jaren 2011, 2013 en 2015. Gegevens uit tussenliggende jaren zijn niet meegenomen, zoals wel gedaan is in de studie van het LUMC naar huisartscontacten tussen 2009 en 2014[58]. Deze selectie kan invloed hebben gehad op de gevonden resultaten.

Het berekende besparingspotentieel in de formele huisartsenzorg voor kleine kwalen die wellicht ook opgelost kunnen worden met zelfzorg, is een (mogelijke) onderschatting van het werkelijk potentieel. Wij hebben slechts de waarde van de tijdsbesteding van de huisarts in verband met zelfzorgwaardige gezondheidsklachten berekend door de waargenomen tijdsbesteding te vermenigvuldigen met de bijbehorende verrichtingstarieven. Belangrijke (positieve) effecten van zelfzorg die we niet hebben gekwantificeerd zijn bijvoorbeeld de gevolgen van verschuivingen in zorgverlening voor andere zorgverleners en de intrinsieke waarde van burgers die weer een gevoel van controle krijgen over hun eigen gezondheid.

Door een aanpassing in het huisartsenbeleid kan een toename in het aantal huisartsencontacten voor bepaalde kleine kwalen ook gerechtvaardigd zijn. Zo heeft het NHG in april 2014 een addendum aan de NHG standaard bacteriële huidinfecties toegevoegd[59], waarin, conform de CBO-richtlijn Lyme ziekte[60], het preventief voorschrijven van antibiotica gelijk wordt gesteld aan 'watchful waiting'. Een dergelijke aanpassing in het beleid kan tot gevolg hebben dat meer patiënten de huisarts bezoeken en er meer antibiotica wordt voorgeschreven[61].

Wat betreft geneesmiddelen hebben we alleen gekeken naar de kosten van het geneesmiddel ('vergoeding per uitgifte'). Daar bovenop komen nog de kosten van de dienstverlening van de apotheker (zoals kosten van een standaarduitgifte, voor een eerste uitgifte of voor een uitgifte buiten kantoortijd) en de BTW.

Het aantal interviews in deze studie is beperkt tot vijf. Onze bevindingen dienen daarom met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

---

55 GIP/ Zorginstituut Nederland: https://www.gipdatabank.nl/default.asp.

56 https://www.gipdatabank.nl/infoPagina.asp?naam=01-actueel.

57 https://www.gipdatabank.nl/databank.asp?tabel=01-basis&label=00-totaal&geg=vg&item=home.

58 Spoelman et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. MBJ Open 2016;6.

59 Addendum Lyme. Zie: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/standaard/download/14-04uit-bac_addendum_lyme_eindversie.pdf.

60 Richtlijn Lyme ziekte. CBO, 2013. Zie: http://www.nvvg.nl/images/stories/Richtlijn_lymeziekte_definitief_18_juli_2013.pdf.

61 In het NIVEL rapport van 2017 wordt inderdaad een toename in het aantal contacten en een toename in het aantal voorschreven tetracyclines (J01AA) gezien.

Bijlage B: Aantal en kosten huisartscontacten in verband met kleine kwalen

Soort contact		2003[62]	2006	2009	2011	2013	2015
Consulten <20 minuten	Aantal	5.354.701	4.995.917	6.170.985	6.867.186	6.471.379	7.075.996
(CTG-code 12000)	Kosten	€ 48.192.311	€ 44.963.255	€ 55.538.867	€ 62.560.064	€ 56.106.853	€ 63.967.003
Consulten ≥20 minuten	Aantal	-	282.415	671.164	996.183	1.109.633	1.462.758
(CTG-code 12001)	Kosten	-	€ 5.083.467	€ 12.080.953	€ 18.150.460	€ 19.241.041	€ 26.446.662
Visites <20 minuten	Aantal	261.031	201.562	237.333	226.852	215.282	231.033
(CTG-code 12002)	Kosten	€ 3.523.921	€ 2.721.081	€ 3.203.996	€ 3.101.067	€ 2.800.818	€ 3.132.806
Visites ≥ 20 minuten	Aantal	-	74.973	53.086	73.952	84.905	113.911
(CTG-code 12003)	Kosten	-	€ 1.686.894	€ 1.194.424	€ 1.684.621	€ 1.840.733	€ 2.574.386
Telefonische consulten	Aantal	1.169.782	1.090.621	1.789.553	2.600.803	2.790.108	3.182.407
(CTG-code 12004)	Kosten	€ 5.264.020	€ 4.907.795	€ 8.052.989	€ 11.859.662	€ 12.109.068	€ 14.384.478
Emailconsult	Aantal	-	2.777	5.880	18.321	22.820	47.491
(CTG-code 12008)	Kosten	-	€ 12.496	€ 26.461	€ 83.545	€ 99.040	€ 214.660
Totaal aantal contacten	**Aantal**	**6.785.515**	**6.648.265**	**8.928.001**	**10.783.297**	**10.694.127**	**12.113.595**
	Kosten	**€ 56.980.252**	**€ 59.374.988**	**€ 80.097.689**	**€ 97.439.419**	**€ 92.197.553**	**€ 110.719.996**
Herhaalrecepten[63]	Aantal	1.810.539	2.594.166	3.530.594	-	-	-
(CTG-code 12005)	Kosten	€ 8.147.427	€ 11.673.746	€ 15.887.673	-	-	-
Vaccinaties[64]	Aantal	-	11.434	6534	-	-	-
(CTG-code 12006)	Kosten	-	€ 51.452	€ 29.401	-	-	-
Totaal aantal contacten incl. herhaalrecepten en vaccinaties	**Aantal**	**8.596.054**	**9.242.431**	**12.458.595**	**-**	**-**	**-**
	Kosten	**€ 65.127.679**	**€ 71.100.187**	**€ 96.014.764**	**-**	**-**	**-**

62 In 2003 werden de consulten en visites nog niet uitgesplitst in kort en lang.

63 De opbrengsten voor het herhaalrecept zijn vervallen per 01/01/2010. De voor het herhaalrecept beschikbare middelen worden verdeeld via het inschrijftarief. Zie https://www.nza.nl/1048076/1048107/EZK_09d0049176__Huisartsenbekostiging.pdf. De herhaalrecepten zijn nog wel meegenomen in de voorschriften registratie.

64 Omdat het aandeel vaccinaties gering is zijn deze aantallen door het NIVEL niet meegenomen in hun rapportage van 2017.

Over Ecorys

Ecorys is een toonaangevend internationaal onderzoeks- en adviesbureau dat zich richt op de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen. Door middel van uitmuntend, op onderzoek gebaseerd advies, helpen wij publieke en private klanten bij het maken en uitvoeren van gefundeerde beslissingen die leiden tot een betere samenleving. Wij helpen opdrachtgevers met grondige analyses, inspirerende ideeën en praktische oplossingen voor complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken.

Onze bedrijfsgeschiedenis begon in 1929, toen een aantal Nederlandse zakenlieden van wat nu beter bekend is als de Erasmus Universiteit, het Nederlands Economisch Instituut (NEI) oprichtten. Het doel van dit gerenommeerde instituut was om een brug te slaan tussen het bedrijfsleven en de wereld van economisch onderzoek. Het NEI is in 2000 uitgegroeid tot Ecorys.

Door de jaren heen heeft Ecorys zich verspreid over de wereld met kantoren in Europa, Afrika, het Midden-Oosten en Azië. Wij werven personeel met verschillende culturele achtergronden en expertises, omdat wij ervan overtuigd zijn dat mensen met uiteenlopende eigenschappen een meerwaarde kunnen bieden voor ons bedrijf en onze klanten.

Ecorys excelleert in zes werkgebieden:
- transport en mobiliteit;
- economie en innovatie;
- energie, water en klimaat;
- regionale ontwikkeling;
- overheidsfinanciën;
- gezondheid en onderwijs.

Ecorys biedt een duidelijk aanbod aan producten en diensten:
- voorbereiding en formulering van beleid;
- programmamanagement;
- communicatie;
- capaciteitsopbouw (overheden);
- monitoring en evaluatie.

Wij hechten waarde aan onze onafhankelijkheid, onze integriteit en onze partners. Ecorys geeft om het milieu en heeft een actief maatschappelijk verantwoord ondernemingsbeleid, gericht op meerwaarde voor de samenleving en de markt. Ecorys is in het bezit van een ISO14001-certificaat dat wordt ondersteund door al onze medewerkers.

Manon Janssen,
Chief Executive Officer & Chair of the Board of Management



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas