

Instituut Verantwoord Medicijngebruik



Themaraapportage

Diabetes mellitus type 2

Monitor Voorschrijven Huisartsen 2025

Colofon

Auteurs:

Dr. Marloes Dankers, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Boris Seijkens, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Rob Essink, apotheker MPH, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Drs. Anke Lambooi, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van:

drs. Fabiënne Griens, Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)

September 2026

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

De Monitor Voorschrijven Huisartsen is een project van het IVM en SFK en wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@ivm.nl
www.ivm.nl



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	5
Achtergrond	6
1. Therapiekeuze stap 1 van de behandeling	8
2. Therapiekeuze stap 2 van de behandeling bij patiënten zonder zeer hoog risico	15
3. Onderbehandeling SGLT2-remmers	20
4. Insulinekeuze	23
Afsluitend	26
Methodologie	30

Samenvatting

Monitor Voorschrijven Huisartsen

Themarapportage Diabetes mellitus type 2 2025

Voor de behandeling van DM2 zijn diverse geneesmiddelen beschikbaar. De laatste jaren zijn er diverse wijzigingen geweest in de richtlijnen voor het voorschrijven van deze middelen.

De medicamenteuze behandeling van DM2 is o.a. afhankelijk van het risico op HVZ

Stappenplan niet-kwetsbare patiënten met zeer hoog risico op HVZ:

1. SGLT2-remmer
2. Metformine
3. GLP1-agonist

Stappenplan overige patiënten

1. Metformine
2. Gliclazide (eventueel SGLT2-remmer of GLP1-agonist)

THERAPIEKEUZE stap 1 van de behandeling

Meeste patiënten starten met
voorkeursmiddel volgens richtlijn:



Zonder zeer hoog risico:

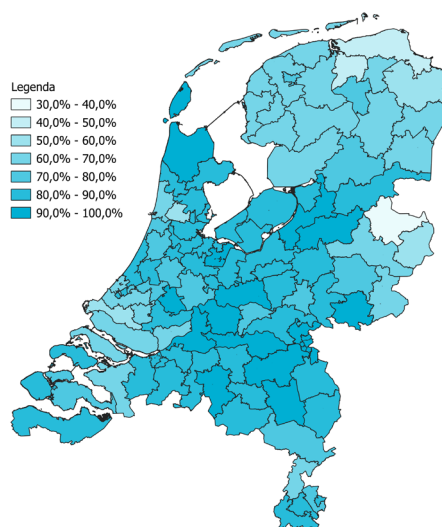
Metformine	77%	GLP1-agonist	7%
SGLT2-remmer	12%	Overig	4%



Met zeer hoog risico:

Metformine	34%	GLP1-agonist	4%
SGLT2-remmer	57%	Overig	5%

Variatie in insulinekeuze blijft groot



Gemiddeld start ruim driekwart van de patiënten die insuline gaan gebruiken met een voorkeursinsuline (NPH-insuline of insuline glargine 100 E/ml).

De variatie blijft met 34-96% erg groot.

Noodzaak tot monitoren voorkeursmiddel blijft door terugtrekking handelsproducten NPH-insuline en insuline detemir.

Gebruik SGLT2-remmers door patiënten met zeer hoog risico

- Ruim 60% van de patiënten met zeer hoog risico gebruikt een SGLT2-remmer.
- Dit is voor het tweede jaar op rij een stijging van 10%.

Aanbevelingen

- Maak afspraken over de middelen van voorkeur bij patiënten met en zonder zeer hoog risico op HVZ. Schrijf SGLT2-remmers en GLP1-agonisten alleen voor aan de patiëntengroepen die hier op grond van hun risicoprofiel voor in aanmerking komen.
- Maak afspraken over de insulinekeuze bij het van de markt gaan van NPH-insuline en insuline detemir. Start bij deze patiënten bij voorkeur met insuline glargine 100 E/ml.



Inleiding

Voor u ligt de themarapportage Diabetes mellitus type 2 van de Monitor Voorschrijven Huisartsen (MVH). Deze themarapportage beschrijft landelijke en regionale trends in het voorschrijfgedrag. De beschrijving van de trends is bedoeld voor het evalueren of inzetten van nationaal of regionaal beleid. De cijfers in deze themarapportage gaan over het medicamenteuze beleid bij diabetes mellitus type 2 (DM2). De indicatoren zijn berekend op alle geneesmiddelen die in de apotheek zijn verstrekt, ongeacht de voorschrijver.

Via de website van Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) kunnen (aan de SFK deelnemende) apothekers de cijfers van de eigen apotheek opvragen en zo deze cijfers in overleg met de huisartsen spiegelen aan landelijke cijfers en eigen cijfers van eerdere jaren. Met patiëntenlijsten in de online rapportage kunnen apothekers patiënten die suboptimaal worden behandeld, opsporen.

Het uiteindelijke doel van de MVH is bewustwording van en, indien aan de orde, aanpassing van het voorschrijfgedrag.

De MVH bestaat momenteel uit de volgende vier thema's: diabetesmiddelen, medicatieveiligheid, opioïden, en stoppen en minderen van medicatie.

Diabetes mellitus type 2

In Nederland zijn er bijna 1,2 miljoen mensen met diabetes, waarvan ruim 90 procent met DM2. Diabetes gaat gepaard met hoge ziektelast en maatschappelijke kosten: de totale kosten hiervoor bedroegen in 2019 € 1,3 miljard¹. Veel mensen met diabetes gebruiken medicatie: Nederlandse apotheken verstrekten in 2025 aan ongeveer 1,1 miljoen mensen diabetesmedicatie, tegen de totale kosten van € 479 miljoen. Dat was een stijging van 22% ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze stijging komt met name door het beschikbaar komen van nieuwe middelen, zoals de glucagon-achtige peptide (GLP)1-agonisten². Zowel voor de kwaliteit van zorg als voor de maatschappelijke kosten is rationeel voorschrijven van medicatie bij DM2 dus zeer belangrijk. Deze themarapportage geeft apothekers en huisartsen inzicht in het huidige medicamenteuze beleid bij DM2 en verbeterpunten op dit vlak.

¹ <https://www.vzinfo.nl/diabetes-mellitus>. Geraadpleegd juli 2026.

² SFK. Kosten diabetesmedicatie met 22% gestegen. 12 maart 2026. Zie <https://www.sfk.nl/publicatie/2026/farmacie-cijfers/kosten-diabetesmedicatie-met-22-gestegen>.



Achtergrond

De NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2026) maakt bij de therapiekeuze onderscheid tussen twee groepen patiënten: patiënten met en zonder zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (HVZ). Voor beide groepen geldt een ander medicamenteus stappenplan.

Medicamenteus stappenplan patiënten met zeer hoog risico op HVZ

Alleen patiënten die voldoen aan alle onderstaande voorwaarden komen in aanmerking voor het stappenplan voor patiënten met een zeer hoog risico op HVZ³:

- niet-kwetsbaar
- levensverwachting > 5 jaar (bij hartfalen ook < 5 jaar)
- geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) > 10 ml/min/1,73 m²
- zeer hoog risico op HVZ door:
 1. eerder doorgemaakte HVZ (acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, transient ischaemic attack (TIA) of beroerte, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie of bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie), of
 2. chronische nierschade met matig tot sterk verhoogd cardiovasculair risico (eGFR $\geq$ 60 ml/min/1,73 m² met albumine/creatinine ratio (ACR) > 30 mg/mmol, eGFR 45-59 ml/min/1,73 m² met ACR > 3 mg/mmol of eGFR 10-44 ml/min/1,73 m²), of
 3. hartfalen

Bij deze patiënten is het medicamenteuze stappenplan:

- Stap 1: natrium-glucose-cotransporter (SGLT)2-remmer. Bij contra-indicaties een GLP1-agonist.
- Stap 2: metformine.
- Stap 3: GLP1-agonist.
- Stap 4: Een van de overige middelen uit het andere stappenplan, maar geen dipeptidylpeptidase (DPP)4-remmer als de patiënt een GLP1-agonist gebruikt.

Dit stappenplan is vastgesteld in 2021.

³ Voor de leesbaarheid verwijzen we in dit rapport steeds naar 'niet-kwetsbare patiënten met een zeer hoog risico op HVZ'. Hiermee bedoelen we patiënten die voldoen aan alle criteria.

Medicamenteus stappenplan patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ

Voor alle andere patiënten geldt het medicamenteus stappenplan voor patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ. Bij deze patiënten is het medicamenteuze stappenplan:

- metformine
- gliclazide, met GLP1-agonist (bij obesitas) of SGLT2-remmer (bij clustering van cardiovasculaire risicofactoren) als alternatief
- afhankelijk van de benodigde HbA1c-daling, patiëntkenmerken en patiëntvoorkeuren:
 - DPP4-remmer
 - gliclazide
 - GLP1-agonist
 - (middel)langwerkende insuline
 - SGLT2-remmer

Dit stappenplan is eind 2024 gepubliceerd. De voorkeur voor metformine en gliclazide in stap 1 en 2 is hetzelfde als in de vorige richtlijn. Nieuw is de mogelijkheid om in stap 2 te kiezen voor een GLP1-agonist of SGLT2-remmer en in stap 3 voor een ander middel dan insuline. Vóór 2024 gold een stappenplan bestaande uit metformine, gliclazide en NPH-insuline.



1. Therapiekeuze stap 1 van de behandeling

Kernpunten

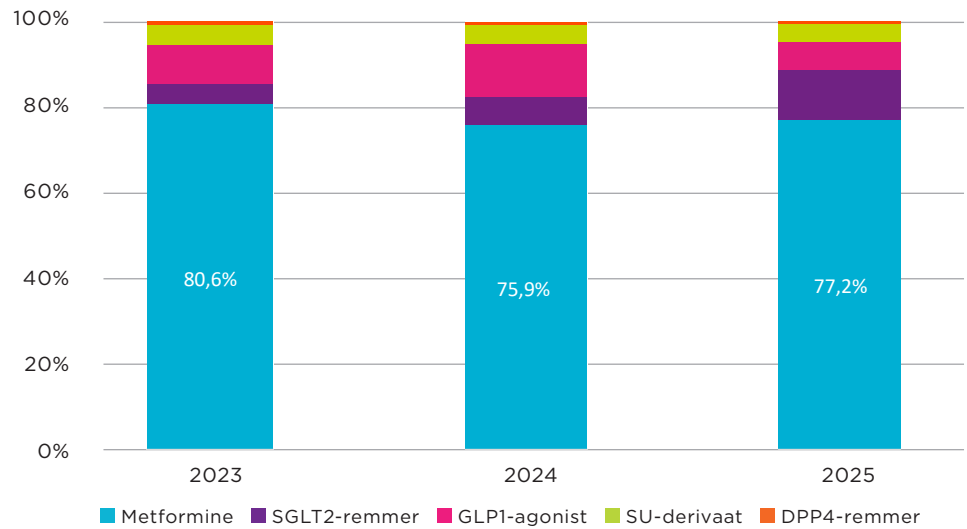
- Metformine is met 77,2% het meest gekozen middel gebleven in stap 1 van de behandeling van patiënten met DM2 zonder zeer hoog risico op HVZ. Het percentage is sinds 2023 (80,6%) licht gedaald, maar lijkt te stabiliseren.
- SGLT2-remmers waren voor het eerste jaar het meest gekozen middel (57,1%) in stap 1 van de behandeling van patiënten met zeer hoog risico op HVZ. In slechts 5 regio's werd metformine nog het meest voorgeschreven.
- De spreiding in het starten met metformine (59,7-85,1%) en SGLT2-remmers (42,6-73,3%) bij respectievelijk patiënten zonder en met zeer hoog risico op HVZ bleef aanzienlijk. Dit vraagt om alertheid op over- en onderprescriptie.

Merendeel patiënten met en zonder zeer hoog risico behandeld volgens richtlijn

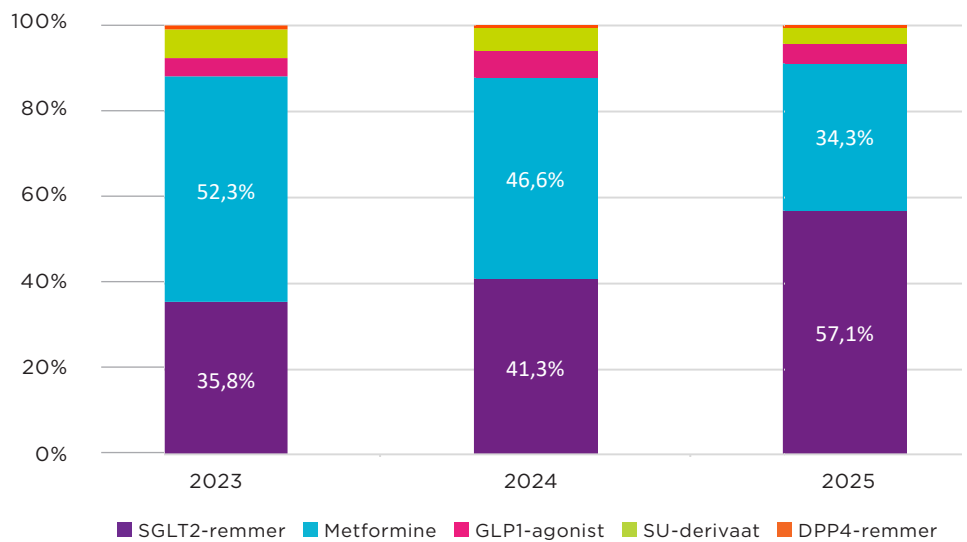
Het middel van eerste keus voor nieuwe patiënten met DM2 is afhankelijk van hun kwetsbaarheid en risico op HVZ (zie ook hoofdstuk achtergrond). In 2025 waren er in deze databron ruim 63.100 patiënten zonder zeer hoog risico die startten met een bloedglucoseverlagend middel (ten opzichte van 58.600 en 51.900 in 2024 en 2023) en bijna 22.500 patiënten met zeer hoog risico (ten opzichte van 18.200 en 16.500 in 2024 en 2023).

In 2025 kreeg het merendeel van de patiënten het voorkeursmiddel volgens de richtlijn, namelijk metformine voor patiënten zonder zeer hoog risico en SGLT2-remmers voor patiënten met zeer hoog risico. In 2024 was metformine bij beide groepen patiënten nog het meest voorgeschreven middel. Inmiddels krijgen dus meer patiënten het voorkeursmiddel zoals de richtlijn adviseert. In tabel 1.1 en figuur 1.1 en 1.2 staat het percentage weergegeven over de periode 2023 t/m 2025.

Figuur 1.1: Therapiekeuze in stap 1 van de behandeling van patiënten met DM2 zonder zeer hoog risico op HVZ in de periode 2023 t/m 2025.



Figuur 1.2: Therapiekeuze in stap 1 van de behandeling van patiënten met DM2 met zeer hoog risico op HVZ in de periode 2023 t/m 2025.



Tabel 1.1: Therapiekeuze in stap 1 van de behandeling van patiënten met DM2 met en zonder zeer hoog risico op HVZ in de periode 2023 t/m 2025. Weergegeven zijn het landelijk gemiddelde en de regionale spreiding (laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied).

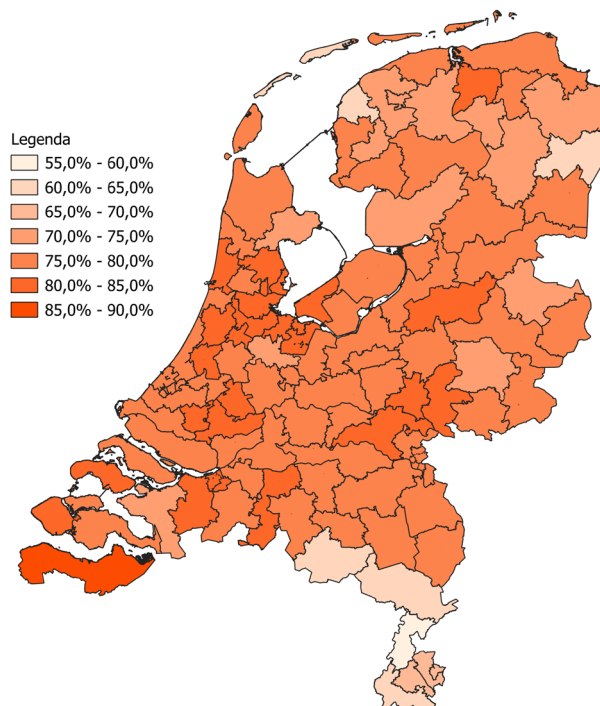
Middel	Risico HVZ	2023	2024	2025
Metformine	zonder	80,6% (70,4-85,5%)	75,9% (66,9-82,4%)	77,2% (59,7-85,1%)
	met	52,3% (37,0-67,9%)	46,6% (34,0-63,0%)	34,3% (14,7-48,6%)
SGLT2-remmer	zonder	4,9% (2,0-8,8%)	6,4% (2,4-14,2%)	11,5% (4,7-25,9%)
	met	35,8% (19,5-49,5%)	41,3% (27,1-58,6%)	57,1% (42,6-73,3%)
GLP1-agonist	zonder	8,8% (4,3-18,4%)	12,5% (6,0-18,7%)	6,5% (2,6-20,4%)
	met	4,5% (0,0-9,9%)	6,3% (1,6-11,4%)	4,4% (1,3-8,3%)
SU-derivaat	zonder	4,9% (2,0-8,8%)	4,5% (1,5-7,6%)	4,2% (1,1-7,7%)
	met	6,6% (1,6-13,2%)	5,2% (0,1-13,2%)	3,8% (0,0-8,0%)
DPP4-remmer	zonder	0,8% (0,0-2,7%)	0,6% (0-2,6%)	0,6% (0,0-1,9%)
	met	0,8% (0,0-4,3%)	0,6% (0,0-2,0%)	0,5% (0,0-1,9%)

Ruim driekwart van de patiënten zonder zeer hoog risico start met metformine

Van de patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ startte in 2025 ruim driekwart (77,2%) met het voorkeursmiddel metformine. Dit percentage is iets lager dan het percentage in 2023, maar weer wat hoger dan in 2024. Het gebruik van metformine lijkt daarbij te stabiliseren. Met name de SGLT2-remmers zijn in opkomst. Opvallend is de halvering in het gebruik van GLP1-agonisten als eerstekeusmiddel voor patiënten zonder zeer hoog risico in 2025 ten opzichte van 2024.

Voor de SGLT2-remmers en de GLP1-agonisten was de regionale spreiding relatief groot: het percentage gebruik verschilde van enkele procenten tot meer dan 20 procent (zie tabel 1.1). In figuur 1.3 is de regionale spreiding in het voorschrijven van metformine als stap 1 in de behandeling van patiënten zonder zeer hoog risico te zien. De spreiding in het gebruik van metformine was 59,7 tot 85,1%. Met name in Zuid-Limburg en het zuidoosten van Noord-Brabant lag het gebruik van metformine relatief laag. Regio's met veel starters met metformine lagen meer verspreid over het land. Onder andere in Zeeuws-Vlaanderen en diverse stedelijke gebieden in Noord-Holland, Zuid-Holland en Gelderland startten juist relatief veel patiënten met metformine. De spreiding is in vergelijking met vorige jaren toegenomen.

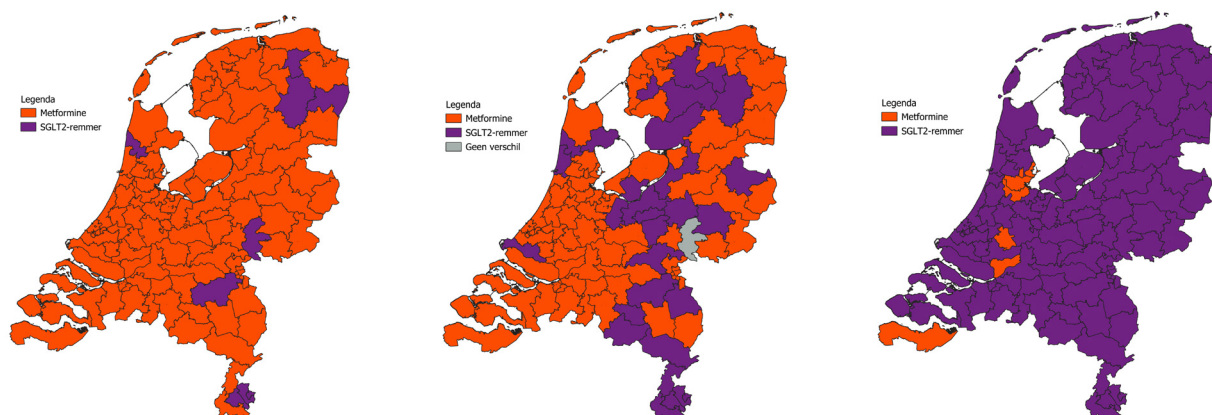
Figuur 1.3: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen zonder zeer hoog risico met metformine als stap 1.



SGLT2-remmers voor eerste jaar meest gekozen in stap 1 bij patiënten met zeer hoog risico

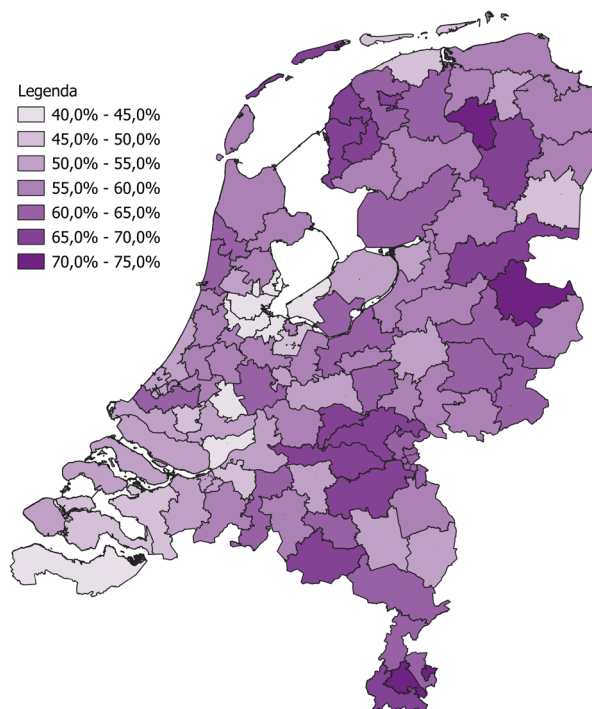
In 2025 startte 57,1% van de patiënten met zeer hoog risico op HVZ met een SGLT2-remmer. Dit was een stijging van meer dan 15 procentpunt ten opzichte van 2024. 2025 was hiermee het eerste jaar waarin SGLT2-remmers het meest gekozen middel in stap 1 waren, in 2023 en 2024 waren er nog meer starters met metformine dan met SGLT2-remmers. In 2025 waren er nog slechts 5 regio's waarin metformine vaker werd voorgeschreven dan een SGLT2-remmer (zie figuur 1.4). In deze figuren is duidelijk te zien dat de SGLT2-remmers in de afgelopen 3 jaar snel terrein hebben gewonnen ten opzichte van metformine.

Figuur 1.4: Meest voorgeschreven eerste geneesmiddel bij patiënten met zeer hoog risico in 2023 (links), 2024 (midden) en 2025 (rechts).



De regionale spreiding in het gebruik van SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ was 42,6 tot 73,3% (figuur 1.5). SGLT2-remmers werden het minst voorgeschreven in de Randstad en Zeeland en op de grens Noord-Holland/Utrecht/Flevoland. In de oostkant van Nederland bevonden zich juist relatief veel regio's met veel starters met SGLT2-remmers, met de hoogste percentages in Zuid-Limburg, regio's in Drenthe en Twente en rond de grens Noord-Brabant/Gelderland.

Figuur 1.5: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen met zeer hoog risico met SGLT2-remmer als stap 1



Beschouwing

Sinds 2021 wordt er in de Nederlandse richtlijnen voor de medicamenteuze behandeling van DM2 onderscheid gemaakt tussen patiënten met en zonder zeer hoog risico op HVZ. In de afgelopen jaren is dit gewijzigde behandelbeleid steeds meer zichtbaar geworden in het voorschrijfgedrag van Nederlandse huisartsen. 2025 is, vier jaar na het introduceren van SGLT2-remmers als eerstekeusmiddel bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ, het eerste jaar waarin SGLT2-remmers ook daadwerkelijk het meest gekozen middel zijn bij deze patiënten. In de afgelopen jaren was er een gestage stijging te zien in het gebruik van SGLT2-remmers, maar bleef metformine nog het meest gekozen middel. In 2025 waren SGLT2-remmers in bijna alle regio's het meest gekozen middel in stap 1 van de behandeling van patiënten met zeer hoog risico op HVZ.

Bij patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ is het eerstekeusmiddel de afgelopen jaren niet gewijzigd. In de voorschrijfcijfers zien we dat nog steeds het grootste deel van de patiënten (ruim 75%) conform richtlijn met metformine start. Dit percentage is de afgelopen jaren licht gedaald, maar lijkt te stabiliseren.

Een opvallende bevinding in de analyse van dit jaar is dat het gebruik van GLP1-agonisten bij nieuwe patiënten licht is gedaald, zowel bij patiënten met als zonder zeer hoog risico. Het totale gebruik van GLP1-agonisten in Nederland neemt juist sterk toe^{4,5}. Een mogelijke verklaring is dat een deel van de totale toename in het gebruik van GLP1-agonisten te wijten is aan voorschriften voor de indicatie obesitas, die in deze analyse grotendeels geëxcludeerd zijn. Een sluitende verklaring voor deze daling hebben we op dit moment echter niet: de komende jaren zullen moeten uitwijzen of de daling een incident was of meer structureel.

Samengevat:

De selectie van patiënten *zonder* zeer hoog risico bevat een aantal patiënten *met* een zeer hoog risico.

In de selectie van patiënten *met* zeer hoog risico ontbreekt een aantal patiënten. Ook bevat deze selectie een aantal patiënten die op basis van hun kwetsbaarheid, nierfunctie of levensverwachting volgens het laag risico stappenplan behandeld moet worden.

Bij de interpretatie van de indicatorscores is het belangrijk te realiseren dat er twee beperkingen zitten aan de onderliggende data. Zie voor een uitgebreide toelichting hierop het hoofdstuk afsluitend. De eerste beperking betreft het onderscheid tussen patiënten met en zonder zeer hoog risico. De groep patiënten die is gelabeld als 'zonder zeer hoog risico' bevat waarschijnlijk ook patiënten met zeer hoog risico. Daaruit volgt ook dat de groep gelabeld als 'met zeer hoog risico' waarschijnlijk patiënten mist. In deze groep zijn waarschijnlijk minder mensen onterecht terechtgekomen, met uitzondering van de patiënten die kwetsbaar zijn, een lage levensverwachting hebben of een eGFR < 10 ml/min/1,73 m². Deze gegevens zijn namelijk niet te achterhalen op basis van de gebruikte afleverdata.

De tweede beperking is het onderscheid op indicatie: SGLT2-remmers en GLP1-agonisten kunnen ook voor andere indicaties dan DM2 voorgeschreven worden (SGLT2-remmers voor chronische nierschade en hartfalen en GLP1-agonisten voor obesitas). Hiermee is in de indicatorontwikkeling zoveel mogelijk rekening gehouden (zie ook hoofdstuk methodologie), maar enige vervuiling op dit vlak is niet uit te sluiten.

De regionale spreiding in het voorschrijven van eerstekeusmiddelen geeft aan dat er ruimte voor verbetering is. Hoewel het aandeel SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico sterk is gestegen, zit er nog 30 procentpunt verschil tussen de laagst en hoogst scorende regio's. Voor het voor-

⁴ Zorginstituut Nederland. Zorgcijfersdatabank. Zie www.zorgcijfersdatabank.nl. Geraadpleegd juli 2026.

⁵ SFK. Kosten diabetesmedicatie met 22% gestegen. 12 maart 2026. Zie <https://www.sfk.nl/publicatie/2026/farmacie-cijfers/kosten-diabetesmedicatie-met-22-gestegen>.

schrijven van metformine bij patiënten zonder zeer hoog risico geldt iets soortgelijks, de regionale spreiding is met 59,7-85,1% groter dan de afgelopen jaren. Het blijft van belang om goed onderscheid te maken tussen patiënten met en zonder zeer hoog risico, ook gezien het prijsverschil tussen metformine en SGLT2-remmers (SGLT2-remmers zijn 10-15 keer duurder dan metformine⁶). Waar onderbehandeling met SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ kan leiden tot meer onnodige cardiovasculaire complicaties, brengt overbehandeling bij patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ een risico op onnodige bijwerkingen en maatschappelijke kosten met zich mee. Alertheid op het alleen initiëren van SGLT2-remmers als stap 1 in de behandeling van patiënten met zeer hoog risico op HVZ blijft dus van belang.

⁶ Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. Geraadpleegd juli 2026.



2. Therapiekeuze stap 2 van de behandeling bij patiënten zonder zeer hoog risico

Kernpunten

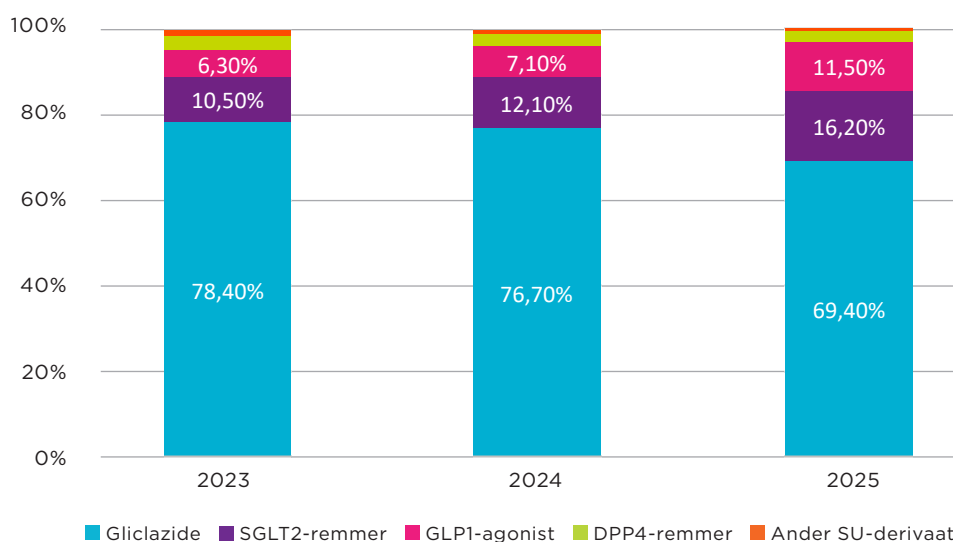
- Gliclazide bleef met bijna 70% het meest gekozen middel in stap 2 van de behandeling van patiënten met DM2 zonder zeer hoog risico op HVZ.
- Het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten in stap 2 van de behandeling van patiënten zonder zeer hoog risico is toegenomen. Op basis van deze databron is niet te achterhalen of dit toenemend gebruik plaatsvond bij de patiënten die op basis van de richtlijn ook in aanmerking kwamen voor deze middelen.

Kleine afname aantal gebruikers gliclazide

Bij patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ heeft gliclazide de voorkeur als tweede stap in de behandeling, na metformine. Sinds eind 2024 geeft de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* de optie om hiervan af te wijken in het geval van obesitas (GLP1-agonist) of een clustering van cardiovasculaire risicofactoren (SGLT2-remmer). In 2025 kregen in deze databron ruim 44.800 patiënten zonder zeer hoog risico een tweede middel voorgeschreven na metformine. Dit was een stijging ten opzichte van 2024 (ruim 36.200 patiënten) en 2023 (33.500 patiënten).

Gliclazide bleef ook in 2025 het meest voorgeschreven middel: bijna 70% van de patiënten zonder zeer hoog risico kreeg in stap 2 van de behandeling gliclazide. Dit percentage lag wel lager dan in 2023 en 2024 (zie figuur 2.1).

Figuur 2.1: Therapiekeuze in stap 2 van de behandeling van patiënten met DM2 zonder zeer hoog risico op HVZ in 2023 t/m 2025.



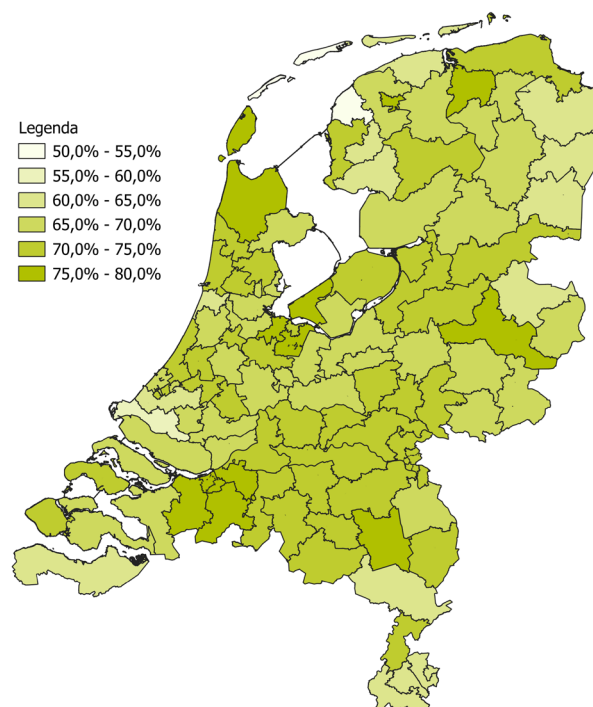
Regionale verschillen

Het voorschrijven van gliclazide in stap 2 aan patiënten zonder zeer hoog risico varieerde in 2025 van 51,3 tot 79,4% (tabel 2.1 en figuur 2.1). In Zeeland, Drenthe en Friesland was het gebruik van gliclazide relatief laag. In Noord-Brabant bevonden zich juist relatief veel regio's met hoge percentages gebruikers van gliclazide in stap 2.

Tabel 2.1: Therapiekeuze (gemiddelde en spreiding) in stap 2 van de behandeling van patiënten met DM2 zonder zeer hoog risico op HVZ in 2025. Weergegeven zijn het landelijk gemiddelde en de regionale spreiding (laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied).

	Gemiddelde	Spreiding
Gliclazide	69,4%	51,3-79,4%
SGLT2-remmer	16,2%	5,8-25,6%
GLP1-agonist	11,5%	6,7-20,4%
DPP4-remmer	2,3%	0,0-7,3%
Ander SU-derivaat	0,6%	0,0-8,5%

Figuur 2.1: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen zonder zeer hoog risico met gliclazide als stap 2 na metformine.



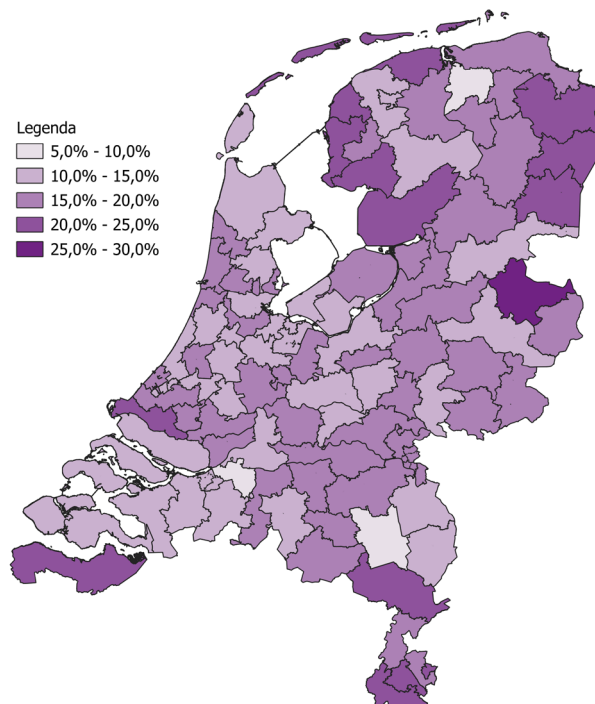
In figuur 2.2 is te zien welk middel het meest is voorgeschreven ná gliclazide. Net als in 2024 waren dit voor de meeste regio's de SGLT2-remmers. In sommige regio's waren de GLP1-agonisten echter populairder. In 2023 en 2024 waren er 9 regio's waarin de GLP1-agonisten vaker werden voorgeschreven dan de SGLT2-remmers, in 2025 waren dit er 15.

Figuur 2.2: Meest voorgeschreven geneesmiddel na gliclazide in stap 2 van behandeling van patiënten zonder zeer hoog risico in 2023 (links), 2024 (midden) en 2025 (rechts).

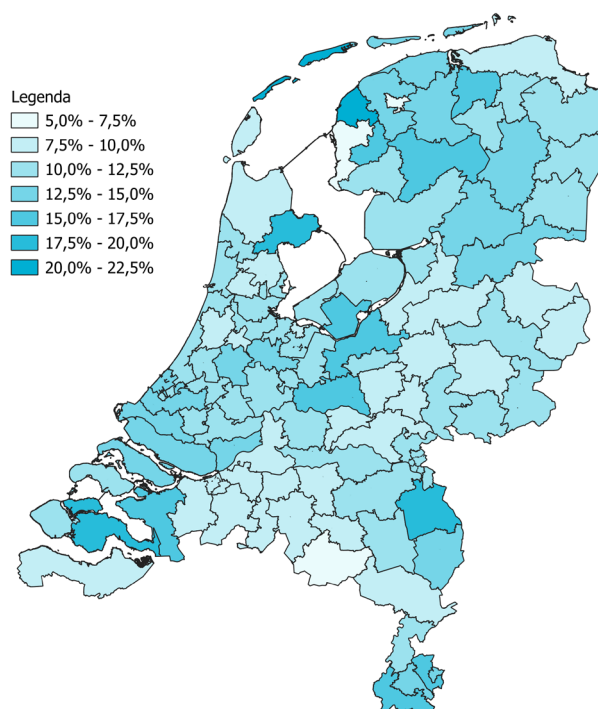


De regionale spreiding van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten staat in figuur 2.3 en 2.4. Te zien is dat de verschillen bij deze middelen relatief groot waren. Bij beide middelen waren er regio's met uitschieters tot 20-25%. Logischerwijs waren veel van de regio's met relatief veel gebruikers van SGLT2-remmers ook de regio's met relatief weinig gebruikers van GLP1-agonisten.

Figuur 2.3: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen zonder zeer hoog risico met SGLT2-remmers als stap 2 na metformine.



Figuur 2.4: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen zonder zeer hoog risico met GLP1-agonisten als stap 2 na metformine.



Beschouwing

Sinds eind 2024 is gliclazide niet meer de enige aanbevolen behandeloptie als stap 2 bij patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ. Dat is ook terug te zien in de scores op de voorschrijfindicatoren. De daling in het gebruik van gliclazide wordt verklaard door een toename in gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten. Dit wijst erop dat voorschrijvers inderdaad gebruik maken van de verruimde plaats voor SGLT2-remmers en GLP1-agonisten. Of deze middelen ook terecht worden voorgeschreven aan de patiënten met obesitas (GLP1-agonisten) of clustering van cardiovasculaire risicofactoren (SGLT2-remmers) is op basis van deze databron niet te achterhalen. De komende jaren zullen moeten uitwijzen of voorschrijvers vaker voor een alternatief voor gliclazide gaan kiezen. Zoals ook beschreven bij de therapiekeuze in stap 1, duurt het vaak enkele jaren voor een richtlijnadvies breed geïmplementeerd is. De regionale spreiding geeft aan dat de volledige richtlijnimplementatie nog niet is bereikt. Tegelijk blijft ook hier alertheid nodig op onnodig gebruik van (dure) SGLT2-remmers en GLP1-agonisten.



3. Onderbehandeling SGLT2-remmers

Kernpunten

- Het gebruik van SGLT2-remmers door patiënten met zeer hoog risico is verder gestegen tot > 60%. Voor het tweede jaar op rij is het gebruik van SGLT2-remmers gestegen met circa 10 procentpunt.
- Het gebruik van SGLT2-remmers nam in elke regio toe.
- Meer onderzoek is nodig naar waarom het gebruik van SGLT2-remmers vooral in randstedelijke gebieden achter bleef.

Ruim 60% van de hoog-risico patiënten gebruikt een SGLT2-remmer

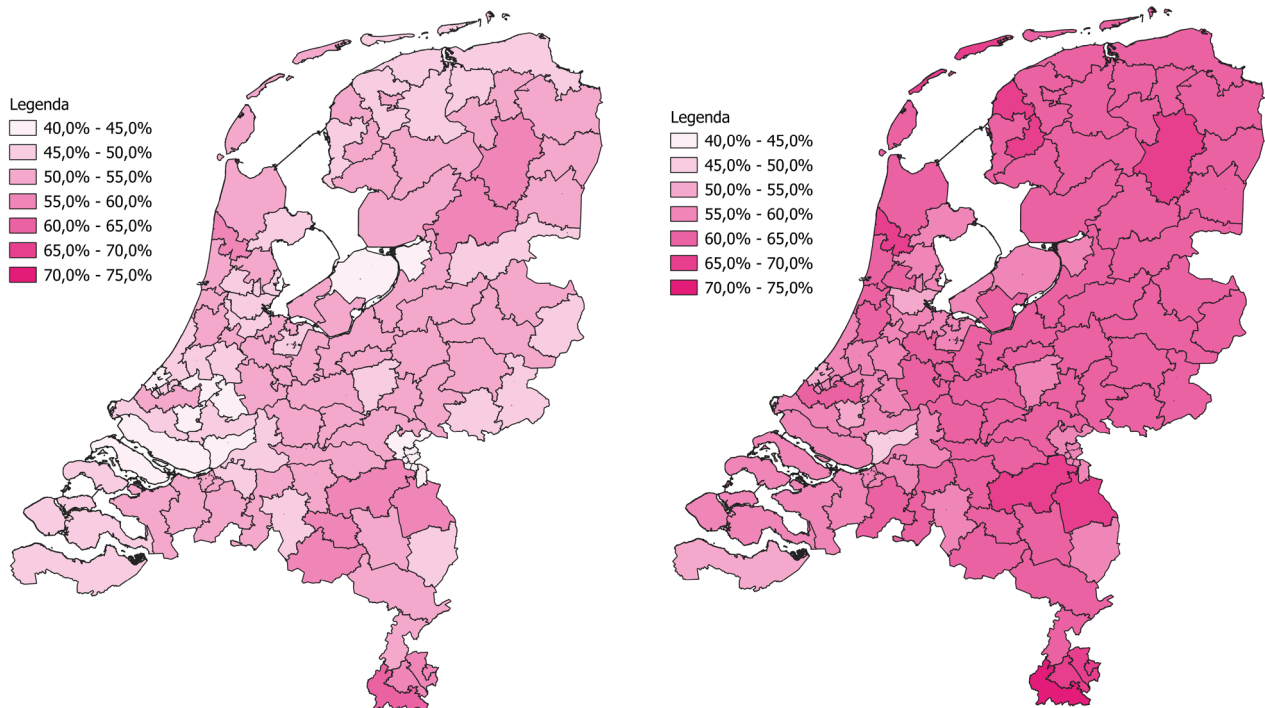
Niet-kwetsbare patiënten met een zeer hoog risico op HVZ komen in aanmerking voor een SGLT2-remmer. In 2025 waren er in deze databron ruim 355.000 patiënten met zeer hoog risico (ten opzichte van 323.000 in 2024 en 300.000 in 2023). Het percentage patiënten met zeer hoog risico dat daadwerkelijk een SGLT2-remmer afgeleverd kreeg, was 60,7%. Dit is, evenals in 2024, een stijging van ongeveer 10 procentpunt ten opzichte van het jaar ervoor, zie tabel 3.1.

Tabel 3.1 Gebruik van SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico in 2023 t/m 2025. Weergegeven zijn het landelijk gemiddelde en de regionale spreiding (laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied).

Jaar	Gemiddelde	Spreiding
2023	40,5%	32,6-53,6%
2024	50,4%	40,6-63,9%
2025	60,7%	49,2-72,3%

Het percentage gebruikers van SGLT2-remmers in 2025 varieerde per regio van 49,2% tot 72,3%. Regio's met relatief de minste gebruikers waren veelal stedelijke gebieden in de Randstad (omgeving van Dordrecht, Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) en daarnaast Zeeuws-Vlaanderen. In Limburg waren de regio's te vinden met de hoogste percentages gebruikers van SGLT2-remmers. Ook rond Alkmaar werden relatief veel SGLT2-remmers voorgeschreven. In alle regio's was een toename te zien in het gebruik in de periode 2023 t/m 2025. In veel delen van Friesland nam het gebruik van SGLT2-remmers met 12-15% toe. Ook West-Groningen en Leiden en omgeving horen bij de regio's met de grootste groei.

Figuur 3.1: Percentage patiënten met zeer hoog risico op HVZ dat een SGLT2-remmer kreeg voorgeschreven in 2024 (links) en 2025 (rechts).



Beschouwing

Het gebruik van SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico neemt toe, wat in lijn is met de richtlijn. De afgelopen jaren tonen een jaarlijkse toename in het gebruik van ongeveer 10 procentpunt. De maximale implementatie lijkt, gezien de nog niet afvlakkende groei en regionale spreiding, nog niet bereikt.

De vraag is op welk percentage het gebruik van SGLT2-remmers uiteindelijk gaat stabiliseren. Er zijn meerdere factoren die maken dat een score van 100% op deze indicator niet te verwachten of wenselijk is. Ten eerste is er bij deze indicator mogelijk sprake van enige vervuiling van de selectie. De indicator bevat ook patiënten (bijvoorbeeld kwetsbare patiënten of patiënten met beperkte levensverwachting) die niet in aanmerking komen voor een SGLT2-remmer. Daarnaast zal een deel van de patiënten een contra-indicatie hebben voor een SGLT2-remmer of deze weer stoppen vanwege bijvoorbeeld bijwerkingen.

Opvallend is dat het gebruik van SGLT2-remmers wederom vooral in Randstedelijke gebieden achter lijkt te blijven. Zuid-Limburg kent, net als vorig jaar, juist veel regio's die hoog scoren. Dit beeld is ook terug te zien in de keuze voor SGLT2-remmers in stap 1 en 2 van de behandeling (zie hoofdstuk 1 en 2). De reden hiervoor is niet bekend. Mogelijk dat er op het gebied van de behandeling van DM2 juist in Zuid-Limburg initiatieven zijn geweest om onderbehandeling op te sporen en te behandelen. Een andere mogelijkheid is dat verschillen in populatie meespelen, waardoor meer of minder patiënten in aanmerking komen voor een SGLT2-remmer of er meer invloed is van andere indicaties, zoals hartfalen. Dit vraagt om meer onderzoek.

Er kunnen diverse redenen zijn om geen SGLT2-remmer te starten bij patiënten met zeer hoog risico. Uit (niet-gepubliceerd) onderzoek door apothekers van de Service Apotheek blijkt dat artsen weinig geneigd zijn om een SGLT2-remmer toe te voegen bij patiënten die hun streefwaarde halen. De huidige NHG-Standaard geeft echter aan dat een SGLT2-remmer ongeacht HbA1c toegevoegd kan worden aan de behandeling van patiënten met DM2 en zeer hoog risico op HVZ. Wel kan het nodig zijn het SU-derivaat dan te stoppen of in dosis te verlagen.



4. Insulinekeuze

Kernpunten

- In het voorschrijven van (middel)langwerkende insuline aan nieuwe patiënten is weinig veranderd. Net als afgelopen jaren startte ongeveer driekwart van de patiënten met het voorkeursinsuline en was de regionale spreiding met 34 tot 96% groot.
- Voorkeuren van voorschrijvers speelden waarschijnlijk een belangrijke rol in het al dan niet volgen van de aanbeveling. Er is in diverse regio's winst te behalen met optimalisatie van het voorschrijfbeleid.
- Het totaal aantal nieuwe gebruikers van insuline is licht afgenomen. Komende jaren moet het effect gemonitord worden van het verdwijnen van de meeste producten met NPH-insuline en insuline detemir.

Aanhoudende grote regionale variatie in insulinekeuze

Insuline is een behandeloptie als andere middelen bij DM2 onvoldoende effect geven. Van de verschillende beschikbare insulines heeft het middel-langwerkende NPH-insuline of het langwerkende insuline glargine 100 E/ml de voorkeur. De andere langwerkende insulines (insuline detemir, insuline glargine 300 E/ml en insuline degludec) hebben niet de voorkeur, vanwege onduidelijke klinische voordelen en hogere kosten.

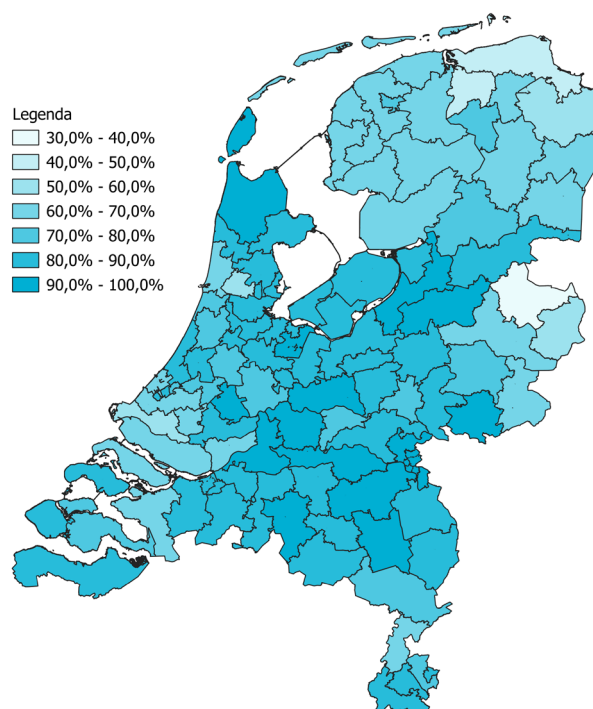
In 2025 zijn ruim 15.200 patiënten gestart met een (middel)langwerkend insuline, ten opzichte van 15.600 patiënten in 2024 en 14.800 in 2023. Landelijk gezien kreeg ruim driekwart van de gebruikers (77,1%) een van de voorkeursmiddelen NPH-insuline of insuline glargine 100 E/ml. Dit is een kleine stijging ten opzichte van 2023 en 2024 (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Gebruik van voorkeursinsuline in 2023 t/m 2025. Weergegeven zijn het landelijk gemiddelde en de regionale spreiding (laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied).

Jaar	Gemiddelde	Spreiding
2023	74,5%	30,9-96,6%
2024	74,6%	32,1-95,3%
2025	77,1%	34,2-95,9%

Ook in 2025 was de spreiding in het gebruik van het voorkeursinsuline onverminderd groot (figuur 4.1). Met name in Noord-Groningen en Oost-Overijssel kozen voorschrijvers relatief vaak voor een ander insuline. In twee regio's (rond Almelo en in noord- en west-Groningen) lag het percentage onder de 50%. Diverse regio's in met name het midden van Nederland kwamen tot percentages boven de 90%.

Figuur 4.1: Percentage nieuwe gebruikers van (middel)langwerkende insulines met het voorkeursinsuline.



Beschouwing

Het voorschrijfbeleid van (middel)langwerkende insulines aan patiënten die nog geen insuline gebruikten, vertoont een stabiel beeld. Gemiddeld gezien wordt de aanbeveling goed opgevolgd, maar de regionale variatie is erg groot. Waar voorschrijvers in sommige regio's bij bijna alle patiënten het voorkeursinsuline kiezen, is dit bij andere regio's slechts bij 1 op de 3 patiënten het geval. Een dergelijk grote spreiding kan nauwelijks verklaard worden door verschillen in patiëntenpopulatie. Het is aannemelijk dat voorkeuren van voorschrijvers en patiënten hier een grote rol spelen. Eerder onderzoek onder huisartsen, praktijkondersteuners en apothekers heeft dit ook bevestigd⁷. Over de jaren heen lijkt hier weinig in te veranderen, al lijkt er een voorzichtige trend waarneembaar richting het voorkeursinsuline (te zien aan een kleine stijging bij zowel het gemiddelde als de ondergrens van de regionale spreiding). De voorkeur voor NPH-insuline en insuline glargine 100 E/ml is voornamelijk gebaseerd op kostenoverwegingen. De (middel) langwerkende insulines verschillen onderling waarschijnlijk nauwelijks in effectiviteit en veiligheid. Gebruiksgemak en kosten zijn daarom vaak doorslaggevend in de keuze. Betere of slechtere opvolging van de aanbevelingen hebben daarom met name invloed op de kosten. Op de effectiviteit of veiligheid zijn nauwelijks effecten te verwachten.

⁷ Dankers M, et al. Non-adherence to guideline recommendations for insulins: A qualitative study amongst primary care practitioners. BMC Prim Care. 2022;23(1):150-5.

Het totaal aantal nieuwe gebruikers van insuline is in 2025 licht gedaald ten opzichte van eerdere jaren. Met het beschikbaar komen van meerdere nieuwe geneesmiddelengroepen voor de behandeling van DM2 is de plaats van insuline in de behandeling ook kleiner geworden. Het is dus niet verrassend dat het totaal aantal starters met insuline begint af te nemen. De verwachting is dat deze daling de komende jaren verder doorzet, al zal er altijd een groep patiënten blijven die afhankelijk wordt van insuline.

In 2025 zijn de meeste producten met NPH-insuline van de markt verdwenen. Voorschrijvers moesten dus vaker voor een alternatief kiezen. De kleine stijging in de indicatorscore in 2025 wijst er vooralsnog op dat voorschrijvers voornamelijk hebben gekozen voor het andere voorkeursinsuline (insuline glargine 100 E/ml) en niet voor één van de niet-aangeraden insulines. De komende jaren moeten uitwijzen of dit inderdaad het geval blijft. De komende jaren zal ook insuline detemir van de markt gaan. Vanwege de verschuivingen in de markt blijft het, ondanks de stabiele indicatorscores, dus toch relevant het voorschrijven van insulines te blijven monitoren.



Afsluitend

Het aantal patiënten met DM2 in Nederland neemt al jaren toe⁸. Ook het gebruik van bloedglucoseverlagende geneesmiddelen neemt toe: bij bijna alle indicatoren (op de insulinekeuze na) is het aantal patiënten de afgelopen jaren toegenomen. In de behandeling van DM2 is de afgelopen jaren veel veranderd. Sinds 2021 heeft de NHG-Standaard een apart stappenplan voor de behandeling van patiënten met DM2 met zeer hoog risico op HVZ waarin de SGLT2-remmers een prominente plek innemen. De implementatie van deze adviezen lijkt nog steeds gaande: zowel bij nieuwe (hoofdstuk 1) als alle (hoofdstuk 3) patiënten met hoog risico op HVZ neemt het gebruik van SGLT2-remmers verder toe. De groei lijkt nog niet af te vlakken en dat wijst erop dat de richtlijnimplementatie nog niet is voltooid. Regionale verschillen tonen eveneens aan dat de implementatie van de nieuwe richtlijn nog niet overal optimaal is: regelmatig zijn er grote verschillen tussen regio's.

Dat biedt mogelijkheden voor verdere optimalisatie van het voorschrijfbeleid, bijvoorbeeld via regionale interventies. Aan de andere kant vragen deze nieuwe adviezen ook om zorgvuldigheid. Bij patiënten zonder zeer hoog risico is het vaak niet nodig deze dure middelen in te zetten. We zien echter ook bij deze groep een toename in het gebruik van SGLT2-remmers. Met de gebruikte databron kunnen we niet geheel onderscheid maken tussen het terechte en onterechte gebruik van deze middelen, maar het maakt in ieder geval duidelijk dat alertheid nodig is op zowel onder- als overbehandeling.

Op basis van de beschikbare gegevens is het vaak niet vast te stellen of voorschrijvers terecht zijn afgeweken van de NHG-Standaard. Zo ontbreken bijvoorbeeld gegevens over de indicatie voor het geneesmiddel, de ernst van de aandoening en het uitvoeren van stoppogingen. Specifiek voor deze indicatoren gelden er twee belangrijke voorbehouden op het gebied van onderscheid wel/geen zeer hoog risico en andere indicaties.

Onderscheid met en zonder zeer hoog risico op HVZ

Het onderscheid tussen patiënten met en zonder zeer hoog risico op HVZ is niet volledig te maken op basis van de beschikbare gegevens voor deze themarapportage. Gegevens over de exacte indicatie en bijvoorbeeld kwetsbaarheid zijn niet aanwezig. In de indicatoren is het al dan niet hebben van een zeer hoog risico op HVZ daarom afgeleid uit het geneesmiddelgebruik. Op basis van eigen vooronderzoek is bekend dat patiënten met zeer hoog risico op HVZ redelijk goed te identificeren zijn op basis van alleen het geneesmiddelgebruik. De indicatoren die een uitspraak doen over de patiënten met zeer hoog risico op HVZ geven dus een redelijk beeld.

⁸ VZinfo. Diabetes mellitus. Geraadpleegd juli 2026. Zie www.vzinfo.nl/diabetes-mellitus

Samengevat:

De selectie van patiënten *zonder* zeer hoog risico bevat een aantal patiënten *met* een zeer hoog risico.

In de selectie van patiënten *met* zeer hoog risico ontbreekt een aantal patiënten. Ook bevat deze selectie een aantal patiënten die op basis van hun kwetsbaarheid, nierfunctie of levensverwachting volgens het laag risico stappenplan behandeld moet worden.

Aandachtspunt is dat patiënten die op grond van de kwetsbaarheidscriteria niet in aanmerking komen voor het zeer hoog risico stappenplan onterecht meegenomen worden in de groep met zeer hoog risico. Daarnaast zullen er patiënten in deze indicator ontbreken. Sommige patiënten met zeer hoog risico worden namelijk onterecht meegenomen in de selectie van patiënten *zonder* zeer hoog risico. Bij de patiënten *met* zeer hoog risico geven de absolute aantallen dus geen goed beeld van het werkelijk aantal patiënten.

De patiënten *zonder* zeer hoog risico zijn minder goed te extraheren op basis van alleen het geneesmiddelengebruik. Dat betekent dat de resultaten bij deze indicatoren met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Een deel van de patiënten in deze groep heeft waarschijnlijk wel een zeer hoog risico op HVZ.

Andere indicaties

Een andere beperking vormen de andere indicaties van de gebruikte geneesmiddelen. Met name voor de GLP1-agonisten en de SGLT2-remmers geldt dat deze in toenemende mate ook voor andere indicaties dan DM2 gebruikt worden. In de samenstelling van de indicatoren is hier zoveel mogelijk rekening mee gehouden, bijvoorbeeld door het excluderen van patiënten die obesitas-geregistreerde GLP1-agonisten gebruiken of hun GLP1-agonist zelf betalen (een aanwijzing dat ze het gebruiken voor obesitas en niet voor DM2). Ook hier geldt echter dat het niet mogelijk is om dit onderscheid volledig te maken op basis van de beschikbare gegevens.

Concluderend

Bovenstaande beperkingen leiden ertoe dat deze themarapportage vooral gezien moet worden als een indicatie van trends en verschillen over Nederland, waarbij (met uitzondering van het hoofdstuk insulinekeuze) er geen harde uitspraken gedaan kunnen worden of het beleid al dan niet in overeenstemming is met de NHG-Standaard.

De themarapportage is bedoeld om apothekers en huisartsen te ondersteunen bij het maken van afspraken over DM2. De regionale variatie helpt bij het opsporen van regio's waar met gerichte interventies mogelijk verbeteringen zijn te realiseren. Dat kan bijvoorbeeld via regionale samenwerkingsverbanden, zoals zorggroepen. De apotheker kan de lokale cijfers en patiëntenlijsten opvragen via de online rapportage van SFK. Deze patiëntenlijsten kunnen helpen bij het opsporen van patiënten die in aanmerking komen voor starten, minderen of stoppen van een geneesmiddel. Op de website van het IVM staan praktische materialen over het stoppen en minderen van geneesmiddelen voor huisartsen en apothekers.

Methodologische voorbehouden

Bij de indicatoren zijn methodologische voorbehouden te maken. Zo zijn de uitkomsten gebaseerd op de verstrekkingen door bij SFK aangesloten apotheken. Dit betreft zo'n 98 procent van de openbare apotheken in Nederland. De uitkomsten zijn dan ook een goede maat voor wat in de openbare apotheken van Nederland is afgeleverd. Maar het is wel bekend is dat patiënten een deel van de verstrekte geneesmiddelen niet gebruiken. Daardoor kunnen de indicatoren het gebruik overschatten.

Voorschrijvers kunnen gemotiveerd afwijken van de aanbevelingen in richtlijnen. Op basis van de beschikbare gegevens is het niet vast te stellen of huisartsen terecht zijn afgeweken van de NHG-Standaard en andere behandelrichtlijnen waarmee de huisarts te maken heeft. Zo ontbreken bijvoorbeeld gegevens over de indicatie voor het geneesmiddel, de ernst van de aandoening en het uitvoeren van stoppogingen.

Het voorschrijfgedrag van apotheekhoudende huisartsen blijft grotendeels buiten beeld. Apotheekhoudende huisartsen verstrekken de geneesmiddelen aan ongeveer negen procent van de Nederlanders en er bestaan grote verschillen tussen regio's. In regio's waar veel apotheekhoudende huisartsen actief zijn, moeten de uitkomsten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De impact op de gepresenteerde regionale verschillen is gering, omdat de indicatoren verhoudingen beschrijven. De genoemde absolute getallen zijn een lichte onderschatting. Daarnaast worden regio's met minder dan 50 patiënten in de noemer samengevoegd met aangrenzende regio's.

Aanbevelingen aan huisartsen en apothekers

- Maak afspraken over de middelen van voorkeur bij patiënten met en zonder zeer hoog risico op HVZ. Schrijf SGLT2-remmers en GLP1-agonisten alleen voor aan de patiëntengroepen die hier op grond van hun risicoprofiel voor in aanmerking komen.
- Besteed in medicatiebeoordelingen aandacht aan de behandeling van DM2 en bespreek of patiënten nog volgens het juiste stappenplan behandeld worden. Heb expliciet aandacht voor het gebruik van SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ.
- Spoor, bijvoorbeeld met behulp van de webrapportages, patiënten met zeer hoog risico op die geen SGLT2-remmer gebruiken en bespreek of deze patiënten een SGLT2-remmer kunnen starten, al dan niet in plaats van andere glucoseverlagende middelen.
- Maak afspraken over de insulinekeuze bij het van de markt gaan van NPH-insuline en insuline detemir. Start bij deze patiënten bij voorkeur met insuline glargine 100 E/ml.

Aanbevelingen aan (praktijk)onderzoekers

- Onderzoek waar het optimum ligt bij de indicatorscores, specifiek voor het gebruik van SGLT2-remmers.
- Onderzoek de redenen voor het wel of niet initiëren van SGLT2-remmers bij patiënten met DM2 en zeer hoog risico op HVZ.
- Onderzoek wat de redenen zijn voor de uiteenlopende insulinevoorkeuren en welke interventies het voorschrijven kosteneffectiever kunnen maken.

Aanbevelingen voor eerstelijnszorggroepen

- Ga aan de hand van de regionale scores na op welke indicatoren verbetering mogelijk is in de eigen regio en maak afspraken over deze punten.
- Evalueer het insulinegebruik in de regio en maak afspraken over het voorkeursmiddel, juist ook bij het van de markt gaan van NPH-insuline en insuline detemir.

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS en zorgverzekeraars

- Monitor het gebruik van (middel)langwerkende insulines om te waarborgen dat het verdwijnen van NPH-insuline en insuline detemir niet leidt tot toenemende ondoelmatigheid.
- Monitor het voorschrijven van GLP1-agonisten en SGLT2-remmers, met name het voorschrijven van deze geneesmiddelen aan de juiste groep patiënten.



Methodologie

De indicatoren zijn opgesteld in samenspraak met een expertcommissie bestaande uit vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en deskundigen van universiteiten. Alle indicatoren worden berekend met aflevergegevens die apotheken aanleveren bij de SFK. Deze gegevens bieden een goede afspiegeling van het voorschrijven van geneesmiddelen.

Indicatordefinities

Therapiekeuze stap 1 van de behandeling

Patiënten zonder zeer hoog risico	
Populatie	Patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ, exclusief passanten
Noemer	Aantal nieuwe gebruikers van een bloedglucoseverlagend middel exclusief insuline en exclusief middelen bij obesitas
Teller	Aantal nieuwe gebruikers van metformine
Zeer hoog risico	Op basis van gebruik van nitraten, trombocytenaggregatieremmers of gelijktijdig gebruik van lisdiuretica en RAS-remmers
Nieuwe gebruiker	Nieuwe gebruikers hebben ten minste één aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep 'Bloedglucoseverlagende middelen' is geweest. De eerste uitgifte wordt bepaald met behulp van alle afleveringen, dus ook de afleveringen van specialisten. De gebruiksduur van de eerste uitgifte was korter dan 31 dagen. Ook is bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.
Middelen bij obesitas	HPK 2765780 (Saxenda®), 3181340 (Byesilor®), 3203484 (Nevo-lat®), 3188779 (Vobexoryn®), HPK 3213838, 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®)

Patiënten met zeer hoog risico	
Populatie	Patiënten met zeer hoog risico op HVZ, exclusief passanten
Noemer	Aantal nieuwe gebruikers van een bloedglucoseverlagend middel exclusief insuline en exclusief middelen bij obesitas
Teller	Aantal nieuwe gebruikers van SGLT2-remmers
Zeer hoog risico	Op basis van gebruik van nitraten, trombocytenaggregatieremmers of gelijktijdig gebruik van lisdiuretica en RAS-remmers
Nieuwe gebruiker	Nieuwe gebruikers hebben ten minste één aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep 'Bloedglucoseverlagende middelen' is geweest. De eerste uitgifte wordt bepaald met behulp van alle afleveringen, dus ook de afleveringen van specialisten. De gebruiksduur van de eerste uitgifte was korter dan 31 dagen. Ook is bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.
Middelen bij obesitas	HPK 2765780 (Saxenda®), 3181340 (Byesilor®), 3203484 (Nevo-lat®), 3188779 (Vobexoryn®), HPK 3213838, 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®)

Therapiekeuze stap 2 van de behandeling

Patiënten zonder zeer hoog risico	
Populatie	Patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ, exclusief passanten
Noemer	Aantal nieuwe gebruikers van een tweede bloedglucoseverlagend middel exclusief insuline en exclusief middelen bij obesitas bij gebruik van monotherapie metformine
Teller	Aantal nieuwe gebruikers van gliclazide
Zeer hoog risico	Op basis van gebruik van nitraten, trombocytenaggregatieremmers of gelijktijdig gebruik van lisdiuretica en RAS-remmer
Nieuwe gebruiker	Nieuwe gebruikers hebben ten minste één aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep 'Bloedglucoseverlagende middelen' is geweest. De eerste uitgifte wordt bepaald met behulp van alle afleveringen, dus ook de afleveringen van specialisten. De gebruiksduur van de eerste uitgifte was korter dan 31 dagen. Ook is bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.
Middelen bij obesitas	HPK 2765780 (Saxenda®), 3181340 (Byesilor®), 3203484 (Nevo-lat®), 3188779 (Vobexoryn®), HPK 3213838, 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®)

Onderbehandeling SGLT2-remmers

Populatie	Patiënten met zeer hoog risico op HVZ, exclusief passanten
Noemer	Aantal gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen exclusief insuline en exclusief middelen bij obesitas
Teller	Aantal gebruikers van SGLT2-remmers
Zeer hoog risico	Op basis van gebruik van nitraten, trombocytenaggregatieremmers of gelijktijdig gebruik van lisdiuretica en RAS-remmer
Nieuwe gebruiker	Nieuwe gebruikers hebben ten minste één aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep 'Bloedglucoseverlagende middelen' is geweest. De eerste uitgifte wordt bepaald met behulp van alle afleveringen, dus ook de afleveringen van specialisten. De gebruiksduur van de eerste uitgifte was korter dan 31 dagen. Ook is bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.
Middelen bij obesitas	HPK 2765780 (Saxenda®), 3181340 (Byesilor®), 3203484 (Nevo-lat®), 3188779 (Vobexoryn®), HPK 3213838, 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®)

Insulinekeuze

Populatie	Patiënten exclusief passanten
Noemer	Aantal nieuwe gebruikers van (middel)langwerkend insuline bij bestaand gebruik van bloedglucoseverlagende middelen exclusief insuline.
Teller	Aantal nieuwe gebruikers van NPH-insuline of insuline glargine 100 E/ml bij bestaand gebruik van bloedglucoseverlagende middelen exclusief insuline.
Nieuwe gebruikers	Nieuwe gebruikers hebben ten minste één aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep '(middel) lang insuline' is geweest. De eerste uitgifte wordt bepaald met behulp van alle afleveringen, dus ook de afleveringen van specialisten. De gebruiksduur van de eerste uitgifte was korter dan 31 dagen. Ook is bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd.

Gegevens

Deze themarapportage is gebaseerd op de gegevens van alle apotheken die een complete aaneengesloten datahistorie hebben geleverd aan SFK. Dit aantal kan wisselen per indicator en ligt tussen 1790 en 1900 apotheken. Ook dienstapotheken en poliklinische apotheken zijn voor het overgrote deel aangesloten bij SFK.

Bewerking van de gegevens

Algemeen

Het landelijk gemiddelde van de score per indicator is berekend door het aantal patiënten in de teller te delen door het aantal patiënten in de noemer. Daarnaast zijn alle patiënten ingedeeld op basis van hun postcode. Per tweecijferig postcodegebied is een gemiddelde score berekend. De spreiding is weergegeven op basis van de regio met de hoogste en de regio met laagste score op een indicator.

Regio's met weinig gebruikers

In een aantal regio's waren relatief weinig nieuwe gebruikers voor alle beschreven indicatoren. Kleine verschuivingen in patiëntaantallen, kunnen in deze regio's veel invloed hebben op de indicatorscore. Om dit te voorkomen zijn regio's met minder dan 50 nieuwe gebruikers samengevoegd met een naburig tweecijferig postcodegebied.

Voor de indicator therapiekeuze stap 1 van de behandeling bij patiënten met zeer hoog risico zijn de volgende tweecijferige postcodegebieden samengevoegd: 87 en 88 (Bolsward en Harlingen/Vlieland/Terschelling), en 98 en 99 (Zuidhorn en Delfzijl).

Voor de indicator insulinekeuze zijn de volgende tweecijferige postcodegebieden samengevoegd: 85 en 86 (Joure en Sneek), 87 en 88 (Bolsward en Harlingen/Vlieland/Terschelling), 90 en 91 (Grouw en Dokkum/Ameland/Schiermonnikoog) en 98 en 99 (Zuidhorn en Delfzijl).

Voor de andere indicatoren zijn geen tweecijferige postcodegebieden samengevoegd.

Volg ons ook op www.ivm.nl

Op social media



Via onze **nieuwsbrief**

Scan de QR-code
voor aanmelding