

Instituut Verantwoord Medicijngebruik



Themarapportage

Medicatieveiligheid

Monitor Voorschrijven Huisartsen 2025

Colofon

Auteurs:

Rob Essink, apotheker MPH

Anke Lambooi, apotheker

Boris Seijkens, apotheker

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
1. Deelthema Fracturen	6
2. Deelthema Bloedingen	12
Afsluitend	17
Methodologie	19

Samenvatting

Monitor Voorschrijven Huisartsen

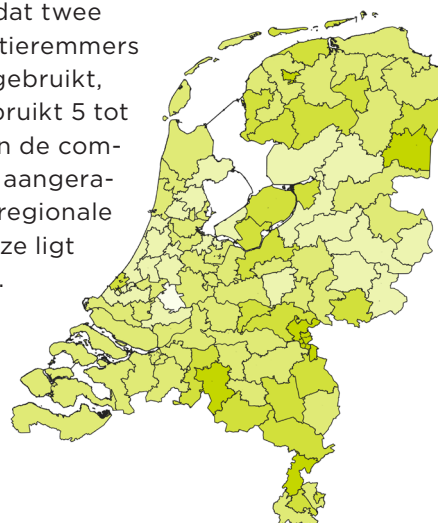
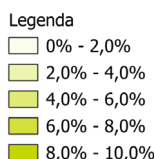
Themarapportage Medicatieveiligheid 2025

Geneesmiddelen kunnen naast het beoogde effect, ook nadelige consequenties hebben met soms verstrekende gevolgen. Ze kunnen onder andere leiden tot fracturen en bloedingen.

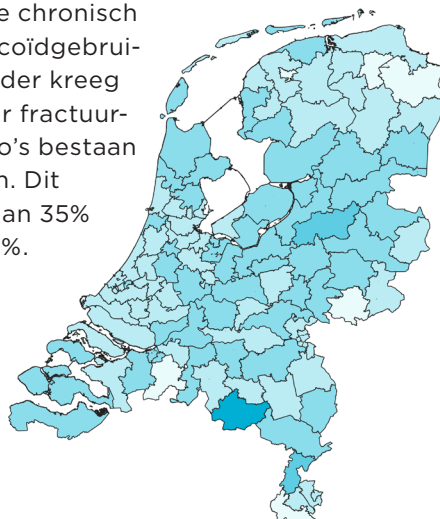
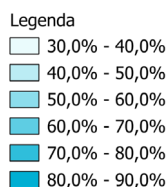


In 2025 gebruikte **15,5%** van de geneesmiddelgebruikers van 65 jaar en ouder middelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen. Dit zijn ongeveer **450.000** ouderen.

Het aantal patiënten dat twee trombozytenaggregatieremmers (DAPT) naast elkaar gebruikt, daalt. Nog steeds gebruikt 5 tot 7% van deze patiënten de combinatie langer dan de aangeraden 12 maanden. De regionale spreiding is groot. Deze ligt tussen de 1,9 en 9,9%.



Slechts de helft van de chronisch systemisch glucocorticoïdgebruikers van 50 jaar en ouder kreeg in 2025 medicatie voor fractuurpreventie. Tussen regio's bestaan hierin grote verschillen. Dit verschilt van minder dan 35% tot iets minder dan 85%.



Triple therapie met antitrombotica **langer dan 1 maand** is een zeldzaamheid.

Dit is in lijn met nieuwe Europese richtlijn die adviseert **hooguit 30 dagen** triple therapie voor te schrijven.

Aanbevelingen

- Blijf alert op het gebruik van valrisicoverhogende middelen bij ouderen.
- Ga in regio's die zwak scoren op het voorschrijven van fractuurpreventie bij systemisch corticosteroïdgebruik en/of zwak scoren op het tijdig stoppen van DAPT actief aan de slag met deze thema's.



Inleiding

Voor u ligt de themarapportage Medicatieveiligheid 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 Medicatieveiligheid. 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.

Medicatieveiligheid

Geneesmiddelen kunnen naast het beoogde effect, ook nadelige consequenties hebben met soms verstrekken gevolgen. Voor een deel kunnen deze gevolgen vermijdbaar zijn, bijvoorbeeld door rekening te houden met bepaalde kenmerken van de patiënt, door beschermende maatregelen te treffen en de patiënt te monitoren.

De indicatoren in de themarapportage medicatieveiligheid betreffen de onderwerpen fracturen en bloedingen. Ze zijn gebaseerd op in Nederland geldende behandelrichtlijnen en landelijke onderzoeken, waaronder het HARM-Wrestling rapport (2008) en het Nivel-rapport Samen werken aan medicatieveiligheid: implementatie van adviezen voor betere medicatieveiligheid in de praktijk (2025). Binnen het onderwerp fracturen richten we ons zowel op het afbouwen van valrisicoverhogende medicatie als op het terugdringen van het chronisch gebruik van glucocorticoïden zonder medicatie voor fractuurpreventie waardoor de kans op osteoporose en dus op botbreuken toeneemt. Het onderdeel chronisch gebruik van glucocorticoïden zonder medicatie voor fractuurpreventie is een nieuw aandachtspunt binnen het thema Medicatieveiligheid. Binnen het onderwerp 'bloedingen' richten we ons net als in vorige jaren op het in kaart brengen van meerdere antitrombotica tegelijkertijd.



1. Deelthema Fracturen

Kernpunten

- In 2025 gebruikte 15,5% van de geneesmiddelgebruikers van 65 jaar en ouder middelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen. Dit zijn ongeveer 450.000 ouderen.
- De komende jaren zal het aantal 65-plussers fors toenemen. Hiermee wordt het belang van opsporen van patiënten met een verhoogd valrisico nog groter.
- In 2025 kreeg ongeveer de helft van de chronisch systemisch glucocorticoïdgebruikers van 50 jaar en ouder medicatie voor fractuurpreventie.
- De regionale spreiding van systemisch glucocorticoïdgebruikers van 50 jaar en ouder dat medicatie voor fractuurpreventie is erg groot. Regio's die zwak scoren moeten met dit onderwerp aan de slag gaan.

Groot aantal 65-plussers heeft verhoogd valrisico door geneesmiddelgebruik

Nog nooit belandden zoveel 65-plussers na een val op de SEH als in 2024. Naar schatting ging het om 119.000 gevallen¹. Geneesmiddelgebruik is een van de risicofactoren voor vallen bij ouderen. Valrisicoverhogende geneesmiddelen zijn vooral psychofarmaca, cardiovasculaire medicatie en opioïden, maar ook om geneesmiddelen met bijvoorbeeld een glucoseverlagende werking². Hoe hoger de leeftijd en hoe meer van dit soort geneesmiddelen een oudere naast elkaar gebruikt, hoe groter is de kans op vallen.

In 2025 gebruikten 15,5% van de mensen van 65 jaar en ouder twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelen naast elkaar³. Dit zijn meer dan 450.000 65-plussers. Meestal bleef het bij twee middelen, een klein deel gebruikte drie, vier of meer valrisicoverhogende middelen naast elkaar. Zie ook tabel 1.1.

Tabel 1.1 Patiënten (≥65 jaar) ingedeeld naar gebruik geneesmiddelen uit aantal valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen in 2025*

Aantal valrisicoverhogende groepen							
≤1		2		3		≥ 4	
Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
84,5%	81,1 – 87,3%	11,0%	9,2 – 13,3%	3,3%	2,6 – 4,5%	1,2%	0,8 -2,0%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Of in 2025 meer of minder 65-plussers valrisicoverhogende geneesmiddelen gebruikten dan in de jaren daarvoor, is niet te zeggen. In 2025 is de indicator veranderd. De indicator is in lijn gebracht met de aanbevelingen in

¹ VeiligheidNL. Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2024 (www.veiligheid.nl)

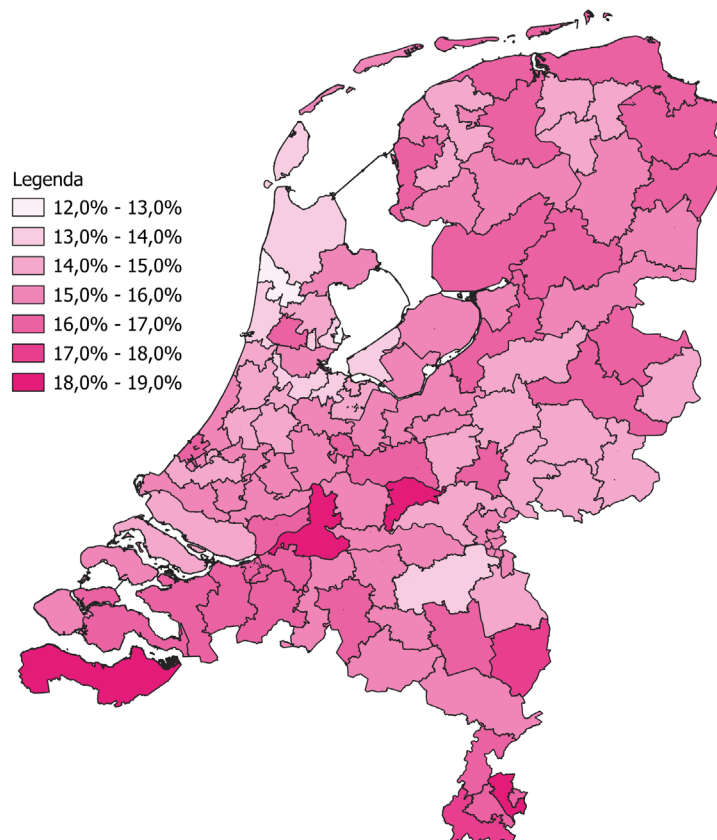
² Richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen* (2025), zie richtlijndatabase.nl

³ De definitie van de indicator staat in het hoofdstuk Methodologie

de multidisciplinaire richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen (2024)*, waarin ouderen worden gezien als alle mensen van 65 jaar en ouder. Tot 2025 keek de Monitor Voorschrijven Huisartsen naar de mate waarin patiënten van 80 jaar en ouder gelijktijdig twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelen gebruikten.

Naast de landelijke score zijn ook regionale scores bepaald. In figuur 1.1 zijn de regionale verschillen in 2025 te zien. Hoe donkerder de kleur, hoe meer gebruikers van twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen. In de regio met hoogste score gebruikte 18,9% van de 65-plussers twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelen naast elkaar. In de regio met de laagste score was dit 12,7%.

Figuur 1.1. Percentage patiënten (≥ 65 jaar) met minimaal twee valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen ten opzichte van alle gebruikers van medicatie in 2025.



De regio's met de hoogste percentages zijn Zeeuws-Vlaanderen, de Betuwe, Rivierenland en delen van Noord- en Zuid-Limburg. Dit zijn ook veelal de regio's die in 2024 het hoogste percentage 80-plussers hadden die twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelen naast elkaar gebruikten.

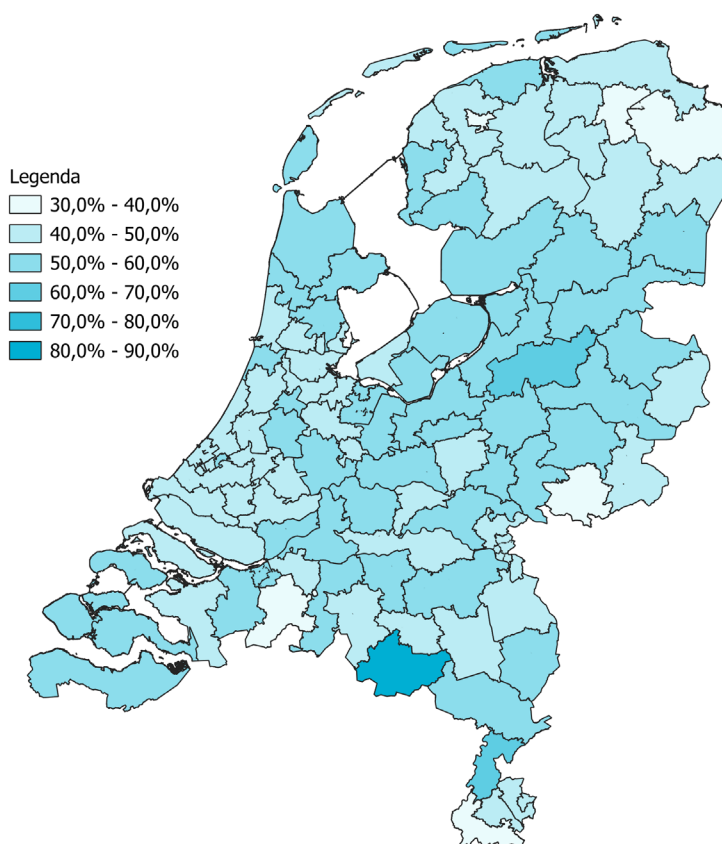
Fractuurpreventie vaak vergeten bij chronisch systemisch glucocorticoïdgebruik

Glucocorticoïden (bijnierschors hormonen) zijn krachtige medicijnen die worden ingezet om ontstekingen te remmen, het afweersysteem te onderdrukken, of om een natuurlijk hormoontekort aan te vullen. Ze hebben onder andere een plaats bij exacerbaties van reumatoïde artritis, astma en COPD, en als immunosuppressivum bij orgaantransplantatie.

Een van de bijwerkingen van glucocorticoïden is osteoporose, vooral bij langdurig gebruik. Dit verhoogt met name de kans wervelfracturen. Bij postmenopauzale vrouwen van gemiddeld 65 jaar bijvoorbeeld is de kans op deze fracturen verdubbeld. Gebruik van medicatie voor fractuurpreventie kan dit risico verkleinen. Het NHG beveelt deze medicatie daarom aan bij patiënten van 50 jaar en ouder met chronisch systemisch glucocorticoïdgebruik⁴. In de praktijk krijgt slechts 50,4% van de ruim 40.000 chronisch systemisch glucocorticoïdgebruikers van 50 jaar en ouder een preventief middel⁵.

Figuur 1.2 toont de regionale verschillen. Hoe donkerder de kleur, hoe meer glucocorticoïdgebruikers van 50 jaar en ouder fractuurpreventie krijgen.

Figuur 1.2 Percentage patiënten (> 50 jaar) met chronisch systemisch gebruik glucocorticoïden dat ook medicatie voor fractuurpreventie gebruikt in 2025.



⁴ NHG Standaard *Fractuurpreventie (2025)*, zie richtlijnen.nhg.org

⁵ De definitie van de indicator staat in het hoofdstuk Methodologie

Opvallend is dat er grote verschillen zijn in de mate voorschrijven van medicatie voor fractuurpreventie bij chronisch systemisch glucocorticoïd-gebruik. In de regio ten zuidwesten van Eindhoven – de Kempen genaamd – krijgt een kleine 85% van de chronisch systemisch glucocorticoïdgebruikers fractuurpreventie, terwijl in Leeuwarden minder dan 35% van deze gebruikers fractuurpreventie krijgt. Ook het voorschrijven van fractuurpreventie bij chronisch systemisch glucocorticoïdgebruik is in delen van de provincie Groningen, Breda en omgeving, Achterhoek en Maastricht en omgeving minder dan 40%.

Beschouwing

Jaarlijks vallen zo'n één miljoen 65-plussers. In 2024 moesten 119.000 65-plussers na een val voor behandeling naar de SEH, waarvan 55% van deze 65-plussers een fractuur had. Het aantal SEH-bezoeken als gevolg van een valongeval stijgt met de leeftijd van 1.500 per 100.000 inwoners in de leeftijdsklasse 65-69 jaar tot 8.500 per 100.000 bij 85-plussers. Naar verwachting zal door de vergrijzing het aantal valongevallen de komende jaren fors stijgen. Dat betekent dat meer ouderen ernstig letsel oplopen en tijdelijk of permanent in een verpleeghuis moeten verblijven. Daardoor zal de druk op het zorgpersoneel toenemen. Bovendien zal de stijging van het aantal valongevallen leiden tot een stijging aan zorgkosten als gevolg van valongevallen van 1,5 miljard in 2024 naar 5 miljard in 2050⁶.

Het terugdringen van het aantal fracturen, die veelal een gevolg zijn vallen is uit het oogpunt van menselijk leed, maar ook vanuit kosten oogpunt van belang. Uit het in 2025 gepubliceerde onderzoek⁷ naar de implementatie van de aanbevelingen uit het HARM-wrestling rapport (2008) en het Vervolgonderzoek medicatieveiligheid (2017) volgt dat de aanbevelingen die zijn gedaan om het aantal fracturen te verminderen slecht zijn geïmplementeerd. De onderzoekers komen met de volgende aanbevelingen:

- Schrijf valgevaarlijke geneesmiddelen - zoals psychofarmaca, cardiovasculaire medicatie, opioïden en middelen met een glucoseverlagende werking - bij risicogroepen alleen op strikte indicatie voor.
- Schrijf valgevaarlijke geneesmiddelen niet te lang voor: periodiek beoordelen door middel van consulten door behandelaar.
- Zorg dat oudere patiënten die vallen in aanmerking komen voor een multifactoriële interventie.
- Gebruik de stopbrief bij chronisch gebruik van benzodiazepines. Indien stoppen niet mogelijk is, probeer te komen tot een doseringsreductie van 50%.
- Schrijf medicatie voor fractuurpreventie voor bij langdurig systemisch corticosteroïdgebruik. Hierbij is een goede samenwerking en gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals in de eerste en tweede verleners van belang.

⁶ VeiligheidNL. Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2024 (www.veiligheid.nl)

⁷ Samen werken aan medicatieveiligheid, Implementatie van adviezen voor betere medicatieveiligheid in de Praktijk. Nivel 2025

Uit de Themarapportage Medicatieveiligheid van de Monitor Voorschrijven Huisartsen van het afgelopen jaar volgt dat huisartsen en apothekers de afgelopen jaren succesvol zijn geweest in het verlagen van het percentage geneesmiddelgebruikers van 80 en jaar en ouder met medicatie uit twee of meer valrisicoverhogende groepen: van 24,8% in 2019 naar 20,9% in 2024. Hierbij zien we een daling over de hele linie. Dus bij ouderen die geneesmiddelen uit twee, drie of vier of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen gebruiken. Of dit percentage in 2025 verder is gedaald en/of van een daling van een dergelijke omvang ook sprake is bij de leeftijdscategorie 65 tot 79 jaar, is met de huidige cijfers niet inzichtelijk te maken. De leeftijdsgrens in de indicator is namelijk dit jaar aangepast en - zoals ook eerder vermeld - in lijn gebracht met de aanbevelingen in de multidisciplinaire richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen (2024)*. Dus van 80 jaar en ouder naar 65 jaar en ouder. Het percentage patiënten van 65 jaar en ouder met medicatie uit twee of meer valrisicoverhogende groepen is 15,5%. Dit percentage is dusdanig hoog dat aandacht noodzakelijk is voor het terugdringen van valrisicoverhogende geneesmiddelen bij ouderen, bijvoorbeeld door middel van medicatiebeoordelingen. Het is belangrijk hierbij te benadrukken dat de hier beschreven cijfers gebaseerd zijn op geneesmiddelgroepen en niet op individuele geneesmiddelen. Dit kan tot een onderschatting van het probleem leiden omdat patiënten meerdere geneesmiddelen uit één groep kunnen gebruiken. Het zal niet bij alle patiënten mogelijk zijn om alle valrisicoverhogende geneesmiddelen te vermijden. De themarapportage geeft geen inzicht in welke medicatie al is geëvalueerd bij ouderen, maar waarbij de voordelen van doorgebruik opwegen tegen het verhoogd valrisico en andere bijwerkingen.

Chronisch systemisch glucocorticoïdgebruik kan door de bijwerking osteoporose de kans op met name een wervelfractuur na een val sterk vergroten. Ook kan door de bijwerking osteoporose bij een verkeerde beweging of spontaan een wervelfractuur ontstaan. Om deze reden moet aan alle chronisch systemisch glucocorticoïdgebruikers van 50 jaar en ouder medicatie voor fractuurpreventie worden gegeven. In de praktijk krijgt dit slechts ongeveer de helft van chronisch systemisch glucocorticoïdgebruikers van 50 jaar en ouder. Hierbij zijn er grote verschillen tussen de regio's. In de ene regio krijgt nagenoeg iedereen het, terwijl het in andere regio's blijft steken tot onder de 40%. Met name in regio's waar zwak gescoord moeten (huis-)artsen en apothekers (meer) aandacht besteden aan het voorschrijven van medicatie voor fractuurpreventie bij het starten van chronisch systemisch glucocorticoïdgebruik en het opsporen van chronisch systemisch glucocorticoïdgebruikers die geen medicatie voor fractuurpreventie krijgen.



2. Deelthema Bloedingen

Kernpunten

- Steeds minder patiënten krijgen langdurig meerdere middelen die de bloedstolling remmen (antitrombotica) naast elkaar.
- De aanbevolen verkorte behandelduur van triple therapie (=duale antiplaatjestherapie (DAPT) met een oraal anticoagulans) in de Europese richtlijn is grotendeels geïmplementeerd. Het aantal patiënten dat 30 dagen of langer triple therapie krijgt is tussen 2019 en 2022 gehalveerd en daarna onveranderd op dit gehalveerde niveau gebleven.
- Het aantal patiënten dat DAPT langer dan de aanbevolen standaardtermijn van 12 maanden gebruikt, is in de afgelopen jaren gedaald.
- Nog steeds gebruikt een deel van de patiënten triple therapie of DAPT langer dan aanbevolen en heeft daardoor een extra verhoogde kans op bloedingen. Heldere communicatie tussen zorgprofessionals over de beoogde behandelduur is essentieel. Net als het opsporen van patiënten bij wie de maximaal aanbevolen behandelduur is verstreken.

Triple therapie langer dan 1 maand: een zeldzaamheid

Het gebruik van drie antitrombotica tegelijk is bij sommige patiënten nodig, maar in de regel is de beoogde gebruiksduur van triple therapie beperkt. Het aantal gebruikers van triple therapie (een salicylaat, een P2Y12-remmer én een anticoagulans naast elkaar) die deze 30 dagen of langer gebruikt, neemt de afgelopen jaren aanmerkelijk af van 4.100 (0,22% van de gebruikers van antitrombotica) in 2019 naar ruim 2.200 (0,11% van de gebruikers van antitrombotica) in 2025, zie tabel 2.1. Aan deze aantallen is duidelijk te zien dat voorschrijvers de aanbeveling in de richtlijn om triple therapie oor een kortere periode voor te schrijven, grotendeels hebben doorgevoerd in de praktijk.

Tabel 2.1 Gebruik van triple therapie 30 dagen of langer ten opzichte van alle gebruikers van antitrombotica in de jaren 2019 tot en met 2025*

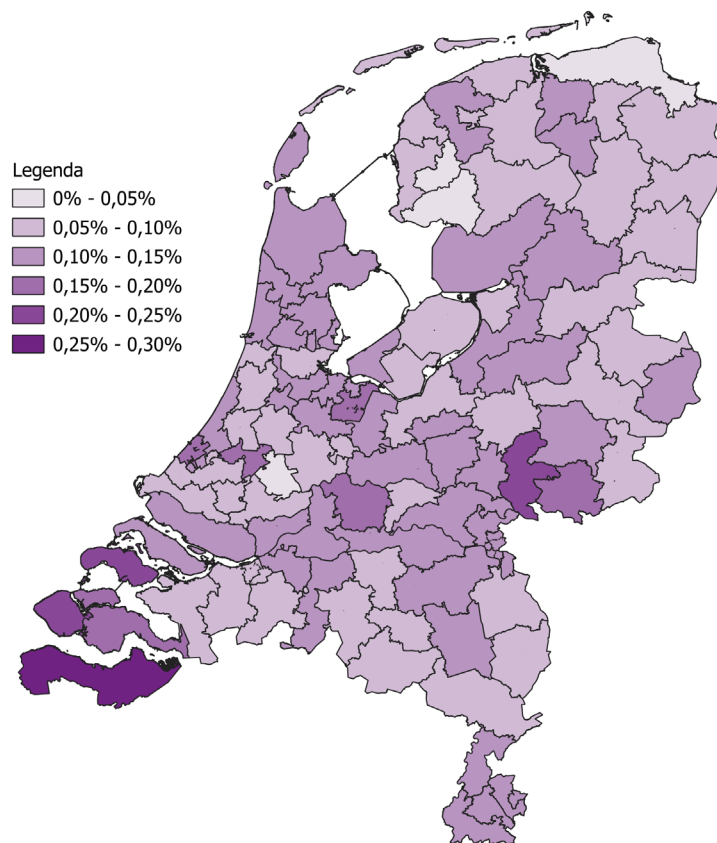
Jaar	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	0,22%	0,05 – 0,39%
2020	0,19%	0,03 – 0,39%
2021	0,15%	0,03 – 0,34%
2022	0,13%	0,02 – 0,30%
2023	0,11%	0,04 – 0,25%
2024	0,11%	0,02 – 0,23%
2025	0,11%	0,03 – 0,28%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Het kaartje hieronder geeft het percentage triple therapie gebruikers weer die deze 30 dagen of langer gebruikt ten opzichte van alle gebruikers van antitrombotica (figuur 2.1). Opgemerkt moet worden dat het aantal triple therapiegebruikers per postcodegebied dat deze therapie 30 dagen of langer gebruikt erg klein is. Deze varieert van een enkele tot meer dan 80 gebruikers per postcodegebied. Hoe donkerder de regio hoe meer triple therapiegebruikers deze therapie 30 dagen of langer gebruiken. Met name in Zeeland en de regio Liemers/Westelijk deel van de Achterhoek komt in 2025 gebruik van triple therapie langer dan 30 dagen relatief vaak voor. Dit zijn andere regio's dan de afgelopen jaren.

Figuur 2.1 Percentage patiënten met triple therapie 30 dagen ten opzichte van alle patiënten met antitrombotica in 2025.



Gebruik DAPT langer dan 12 maanden neemt af

In de periode 2019-2025 bedraagt het aantal gebruikers van trombocytenaggregatieremmers rond de 1,2 miljoen gebruikers per jaar. Een deel van deze gebruikers heeft een indicatie voor twee trombocytenaggregatieremmers: zowel een salicylaat als een P2Y12-remmer. Ze krijgen dus duale antiplaatjestherapie (DAPT). Het percentage gebruikers van trombocytenaggregatieremmers dat 30 dagen of langer DAPT gebruikt, is in deze periode gedaald van 9,4% in 2019 naar rond de 7,5% in de afgelopen jaren, zie tabel 2.2.

Tabel 2.2 Gebruik DAPT van 30 dagen of langer ten opzichte van alle gebruikers van trombocytenaggregatieremmers in de jaren 2019 tot en met 2025*

Jaar	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	9,4%	7,7 - 11,3%
2020	8,4%	6,9 - 10,1%
2021	8,1%	6,7 - 10,0%
2022	8,2%	6,7 - 10,2%
2023	7,9%	6,4 - 10,1%
2024	7,6%	5,7 - 9,8%
2025	7,5%	5,9 - 10,1%

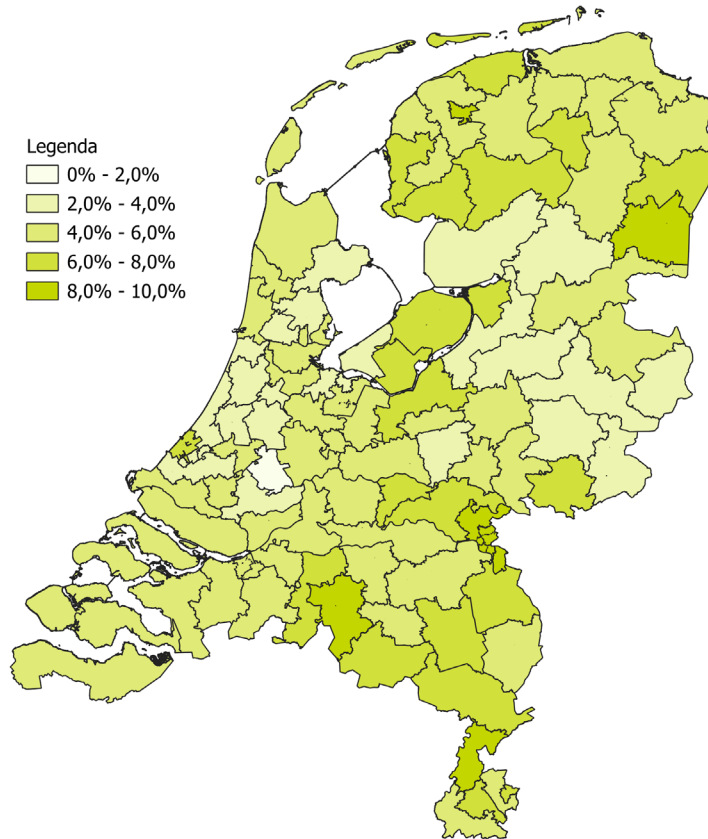
* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Alhoewel steeds minder DAPT-gebruikers, deze therapie 30 dagen of langer krijgen, verandert al jarenlang het percentage DAPT-gebruikers dat deze therapie langer dan de in de richtlijn geadviseerde aanbevolen termijn van 12 maanden niet. Dit percentage ligt al jaren tussen de 5 en 7%, zie tabel 2.3. Dus in de loop van de jaren is DAPT over de hele linie afgenomen, zowel bij patiënten die deze langer als korter dan 12 maanden gebruiken. Opvallend is dat de verschillen in mate van DAPT-gebruik langer dan 12 maanden tussen de regio's groot is. Al jarenlang is het percentage DAPT-gebruikers die deze middelen langer dan 12 maanden slikt in de hoogst scorende regio ongeveer een factor 5 hoger dan in de laagst scorende regio.

Figuur 2.2 geeft per 2-cijferig postcodegebied het percentage DAPT-gebruikers langer dan 12 maanden ten opzichte van alle DAPT-gebruikers weer. Hoe donkerder de kleur hoe meer DAPT-gebruikers deze therapie langer dan 12 maanden gebruiken. De regio's Nijmegen e.o., Tilburg e.o., Zuidoost-Drenthe, Leeuwarden en Westelijke Mijnstreek scoorden het hoogst. Ongeveer 4 tot 5 keer hoger dan de regio Gouda e.o. met de minste DAPT-gebruikers die deze therapie in 2025 langer dan 12 maanden gebruikten.

Figuur 2.2. Percentage patiënten met DAPT langer dan 12 maanden ten opzichte van alle patiënten met DAPT in 2025.



Beschouwing

DAPT bestaat uit een combinatie van acetylsalicylzuur met een P2Y12-remmer. DAPT kent diverse indicaties, waaronder acuut coronair syndroom (ACS) met of zonder ST-segment elevatie en percutane coronaire interventies met stentplaatsing. DAPT is dan bedoeld om een recidief ACS te voorkómen of om het risico op stenttrombose te verkleinen. Ook na een TIA of kleine beroerte kan tot drie weken DAPT worden voorgeschreven. Ten slotte wordt DAPT ook ingezet bij perifeer arterieel vaatlijden, wanneer er een endovasculaire ingreep is uitgevoerd. Kort na een event of ingreep is de kans op een recidief het grootst. Daarna neemt het trombotisch risico af waarbij het bloedingsrisico gelijk blijft. De voordelen van een duale therapie wegen na enige tijd niet meer op tegen de nadelen. Bij triple therapie waar DAPT gecombineerd wordt met een anticoagulans is er, naast een indicatie voor DAPT vaak sprake van een dwingende indicatie voor een oraal anticoagulans zoals atriumfibrilleren of een mechanische hartklepprothese. Ook bij triple therapie nemen de voordelen na verloop van tijd af, terwijl het risico op bloedingen blijft bestaan.

De standaardduur van DAPT na cardiologische ingrepen is 12 maanden. Bij een hoog bleedingsrisico kan deze worden verkort tot een, drie of zes maanden, afhankelijk van het risico op bloedingen en op nieuwe infarcten. De aanbevolen behandelduur van triple therapie met antitrombotica is in 2023⁸ teruggebracht van een maand tot maximaal zes maanden naar een week tot een maand.

Wanneer artsen triple therapie voorschrijven, dan is dat in de laatste jaren steeds vaker voor een periode van hooguit 30 dagen. Dit is in lijn met de aangepaste aanbevelingen. Echter, nog steeds krijgt een deel van de triple therapie gebruikers deze middelen voor een langere periode dan aanbevolen. Zorgvuldige en herhaalde afweging van risico op bloedingen en voordelige effecten is essentieel voor een veilig gebruik.

Ook wat betreft het gebruik van DAPT lijkt nog steeds ruimte voor verbetering. Alhoewel steeds minder patiënten DAPT krijgen, gebruikt al jaren 5 tot 7% van de DAPT-gebruikers deze langer dan de geadviseerde 12 maanden in de richtlijn. Ook is de regionale spreiding betreffende het percentage patiënten dat DAPT langer dan 12 maanden gebruikt, groot. Dit percentage verschilt al jaren een factor 4 tot 5 van elkaar. Het ontbreekt aan data om te duiden of al deze patiënten inderdaad een verhoogd risico op recidieven van hun hartaandoening hebben, of dat een deel van hen onterecht lang doorgaat met gebruik.

Tabel 2.3 Gebruiksduur van DAPT ten opzichte van alle gebruikers van duale therapie in de jaren 2019 tot en met 2025*

Jaar	DAPT ≤12 maanden		DAPT >12 maanden	
	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	94,5%	90,2 - 98,4%	5,5%	1,6 - 9,8%
2020	93,1%	87,8 - 96,9%	6,9%	3,1 - 12,2%
2021	93,8%	85,0 - 97,0%	6,2%	3,0 - 15,0%
2022	93,4%	87,9 - 97,0%	6,6%	3,0 - 12,1%
2023	93,8%	88,2 - 97,5%	6,2%	2,5 - 11,8%
2024	94,2%	89,4 - 97,8%	5,8%	2,1 - 10,6%
2025	94,7%	90,1 - 98,1%	5,3%	1,9 - 9,9%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Bovengenoemde resultaten sluiten aan bij de conclusies in het in 2025 gepubliceerde onderzoek naar de implementatie van de aanbevelingen uit het HARM-wrestling rapport (2008) en het Vervolgonderzoek medicatieveiligheid (2017) dat antitrombotica gebruikers regelmatig te lang deze middelen gebruiken en dat de aanbevelingen uit de LTA *Antistollingszorg* (2025) matig zijn geïmplementeerd.

⁸ 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

De LTA *Antistollingszorg* (2025) benadrukt het belang van communicatie over de verwachte behandelduur door de initiële voorschrijver. Die dient de verwachte behandelduur te vermelden in ontslagbrieven en hierover ook duidelijk te communiceren als de patiënt wordt overgedragen naar de eerste lijn. Het is bovendien gewenst voor elk antitromboticum de stopdatum en bij voorkeur ook de indicatie op recepten te vermelden. Vanzelfsprekend moeten huisartsen en apothekers deze informatie overnemen in respectievelijk het HIS en AIS. Zowel bij DAPT als bij triple therapie verdient het de aanbeveling om na te gaan of er patiënten zijn die langer dan noodzakelijk de combinatie van antitrombotica gebruiken. Apothekers kunnen hiervoor gebruik maken van de MFB's *Triple-therapie: Combinatie van antitrombotica* en *Dubbel-therapie: Combinatie van antitrombotica* of van de patiëntlijsten in de Monitor Voorschrijven Huisartsen.



Afsluitend

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 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-Standaarden 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 hiervan is minimaal in deze rapportage aangezien de indicatoren verhoudingen beschrijven. De genoemde absolute aantallen 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

- Spoor 65-plussers op die meerdere valrisicoverhogende geneesmiddelen naast elkaar gebruiken en beoordeel of deze medicatie nog nodig is of in dosis verlaagd kan worden. Begin bij de oudste leeftijdscategorie en binnen deze categorie bij de patiënten die de meeste valrisicoverhogende geneesmiddelen naast elkaar gebruiken.
- Spoor patiënten op die chronisch systemisch glucocorticoïden gebruiken zonder medicatie voor fractuurpreventie.
- Spoor patiënten op die (mogelijk) te lang duale of triple therapie gebruiken.

Aanbevelingen voor regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden

- Ga aan de hand van de regionale scores na welke verbeterpunten er in de regio spelen en maak afspraken over verbetering van die punten.
- Bespreek met de medisch specialisten in het ziekenhuis die langdurig systemisch glucocorticoïden voorschrijven, het belang van het delen van de therapieduur met zowel de huisarts als de apotheker bij het overdragen van de patiënt naar de eerste lijn.

- Bespreek met de cardiologen in het ziekenhuis het belang van het delen van de indicatie en de therapieduur van DAPT of triple therapie met zowel de huisarts als de apotheker bij het overdragen van de patiënt naar de eerste lijn.

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS en zorgverzekeraars

- Zorg dat huisartsen en apothekers een kostendekkende vergoeding krijgen voor de (extra) inspanningen die ze doen om het valrisico te verlagen.
- Zorg ervoor dat een goede gegevensuitwisseling over indicatie en therapieduur van geneesmiddelen mogelijk is tussen de tweede en eerste lijn. Ga dus door in de ingeslagen weg met de ontwikkeling van informatie-standaard Medicatieproces 9 en de implementatie van deze standaard in de diversie informatiesystemen van de zorgprofessionals.



Methodologie

Indicatordefinities

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.

Beperkt gebruik valrisicoverhogende medicatie

Populatie	Alle patiënten van 65 jaar en ouder exclusief passanten
Noemer	Aantal gebruikers van een receptplichtig geneesmiddel voorgeschreven door de huisarts
Teller	Patiënten uit de noemer zonder gebruik van minimaal 2 geneesmiddelgroepen uit de groep valrisicoverhogende medicatie
Subgroepen	1. Gelijktijdig gebruik van 2 geneesmiddelgroepen van valrisicoverhogende medicatie 2. Gelijktijdig gebruik van 3 geneesmiddelgroepen van valrisicoverhogende medicatie 3. Gelijktijdig gebruik van 4 of meer geneesmiddelgroepen van valrisicoverhogende medicatie.
Betrokken geneesmiddelen	Benzodiazepines: N05BA, N05CD, N05CF Antidepressiva: N06A Antipsychotica: N05A Opioiden: N02A Anti-epileptica: N03 Diuretica: C03A, C03B, C03C, C03EA, C07B, C07CB03, C08G, C09BA, C09BX01, C09BX03, C09DA, C09DX01, C09DX03, C09DX06 en C09DX07 en C09XA52 Centraal werkende antihypertensiva : C02A Vasodilatoren: C01D Alfablokkers voor hypertensie C02CA Alfablokkers voor prostaatklachten: G04CA Sederende antihistaminica: R06AA, R06AB, R06AD Middelen voor urge-incontinentie: G04BD
Rapportageperiode	3 maanden

Definities

Gebruiker	Met gebruik van minimaal 3 dagen onafgebroken in de rapportageperiode op basis van een aflevering.
Gecorrigeerde gebruikperiode	Binnen de chronische gebruikers corticosteroïden de gebruikperiodes corrigeren voor overlappende afleveringen.
Gebruik minimaal 2 geneesmiddelgroepen	Met een onafgebroken gecorrigeerde gebruikperiode van 2 of meer geneesmiddelgroepen (ATC3-niveau) behorende tot de groep valrisicoverhogende medicatie voor tenminste 3 dagen in de rapportageperiode

Medicatie voor fractuurpreventie bij chronisch glucocorticoïdgebruik

Populatie	Alle patiënten van 50 jaar en ouder
Noemer	Aantal chronische gebruikers van corticosteroïden
Teller	Patiënten uit de noemer met een aflevering van een middel uit de groep botstructuur en botmineralisatiebeïnvloedende middelen
Betrokken geneesmiddelen	Corticosteroïden: H02AB01, H02AB02, H02AB06, H02AB07, H02AB08, H02AB09, H02AB10 zonder de farmaceutische vormen voor injecties 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559 Botstructuur en botmineralisatiebeïnvloedende middelen: M05BA, M05BB, M05BX, H05AA02
Rapportageperiode	12 maanden

Definities	
Gebruiker	Met gebruik van minimaal 3 dagen onafgebroken in de rapportageperiode op basis van een aflevering.
Chronische gebruiker corticosteroïden	Gebruik van corticosteroïden met meer dan 7,5 mg prednisolon equivalenten (zie DDD tabel) voor langer dan 3 maanden (= 90 dagen) onafgebroken in de rapportageperiode
Standaard gebruiksperiode	Indien geen dagdosering is ingevoerd, hanteren wij bij de corticosteroïden standaard een gebruiksperiode van 30 dagen.
Gecorrigeerde gebruiksperiode	Binnen de chronische gebruikers corticosteroïden de gebruikperiodes corrigeren voor overlappende afleveringen.

DDD tabel prednisolon equivalenten

Naam	ATC-code	Equivalente dosis [mg]	Equivalent 7,5 mg prednison [mg]	Mg/ per 1 DDD	Mg/ DDD lagere dosering 7,5 mg equivalent
Betamethason	H02AB01	0,65g	0,975	1,5	0,65
Cortison	H02AB10	25	37,5	37,5	1
Dexamethason	H02AB02	0,75	1,125	1,5	0,75
Hydrocortison	H02AB09	20	30	30	1
Prednisolon	H02AB06	5	7,5	10	0,75
Prednison	H02AB07	5	7,5	10	0,75
Triamcinolon	H02AB08	4	6	7,5	0,8

Vermijden van triple therapie antitrombotica/anticoagulantia

Populatie	Alle patiënten
Noemer	Aantal gebruikers van antitrombotica of anticoagulantia
Teller	Patiënten uit de noemer zonder gelijktijdig gebruik van meer dan 30 dagen van salicylaat en P2Y12-remmer en anticoagulans
Betrokken geneesmiddelen	Antitrombotica of anticoagulantia: salicylaat of P2Y12-remmer of anticoagulans Salicylaat: B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatiepreparaten) P2Y12-remmer: B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (cangrelor), PRK 124575 (acetyl-salicylzuur/clopidogrel) Anticoagulans: B01AA, B01AE07 (dabigatran), B01AF (Directe remmers van factor Xa)
Rapportageperiode	12 maanden

Definities

Gebruiker	Met gebruik van minimaal 30 dagen onafgebroken in de rapportageperiode op basis van een aflevering.
Standaard gebruikspe-riode	Indien bij salicylaat, P2Y12-remmer of anticoagulans geen dag-gebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 90 dagen aan.
Gecorrigeer-de gebruik-speriode	Binnen de gebruikers van een geneesmiddelgroep de gebruik-sperioden corrigeren voor overlappende afleveringen.
Gelijktijdig gebruik	Met een overlappende onafgebroken gebruikperiode tussen geneesmiddelgroepen voor tenminste 30 dagen in de rapportageperiode.

Vermijden van langdurige duale therapie trombocytaggregatieremmers (DAPT)

Populatie	Alle patiënten
Noemer	Aantal gebruikers van trombocytaggregatieremmers
Teller	Patiënten uit de noemer zonder gelijktijdig gebruik van meer dan 30 dagen van salicylaat en P2Y12-remmer
Subgroepen	1. Gelijktijdig gebruik van salicylaat en P2Y12-remmer > 12 maanden 2. Gelijktijdig gebruik van salicylaat en P2Y12-remmer ≤ 12 maanden
Betrokken geneesmiddelen	Trombocytaggregatieremmers: salicylaat of P2Y12-remmer Salicylaat: B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatiepreparaten) P2Y12-remmer: B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (cangrelor), PRK 124575 (acetyl-salicylzuur/clopidogrel)
Rapportageperiode	12 maanden

Definities	
Gebruiker	Met gebruik van minimaal 30 dagen onafgebroken in de rapportageperiode op basis van een aflevering.
Standaard gebruikperiode	Indien bij salicylaat of P2Y12-remmer geen daggebruik door de apotheek is ingevuld, houden wij standaard 90 dagen aan.
Gecorrigeerde gebruikperiode	Binnen de gebruikers van een geneesmiddelgroep de gebruikperiodes corrigeren voor overlappende afleveringen.
Gelijktijdig gebruik	Met een overlappende onafgebroken gebruikperiode tussen geneesmiddelgroepen voor tenminste 30 dagen in de rapportageperiode.

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 1.893 en 1.940 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 gebruikers voor bepaalde 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 gebruikers samengevoegd met een naburig tweecijferig postcodegebied. Bij de indicator Medicatie voor fractuurpreventie bij chronisch glucocorticoïdgebruik zijn de tweecijferige postcodegebieden 98 en 99 samengevoegd. 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