

Themarapportage

Diabetes mellitus type 2

Monitor Voorschrijven Huisartsen 2024

Colofon

Auteurs

dr. Marloes Dankers, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Boris Seijkens, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Anke Lambooi, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

drs. Fabiënne Griens, Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)

September 2025

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

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.

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

Colofon	2
Inhoud	3
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	16
3. Onderbehandeling SGLT2-remmers	20
4. Insulinekeuze	23
Afsluitend	26
Methodologie	30

Samenvatting

Monitor Voorschrijven Huisartsen

Themarapportage Diabetes mellitus type 2 2024

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 zonder zeer hoog risico op HVZ

1. Metformine
2. Gliclazide (sinds eind 2024 eventueel SGLT2-remmer of GLP1-agonist)

THERAPIEKEUZE step 1 van de behandeling

Metformine meest gekozen bij patiënten zonder en met zeer hoog risico.



Zonder zeer hoog risico:

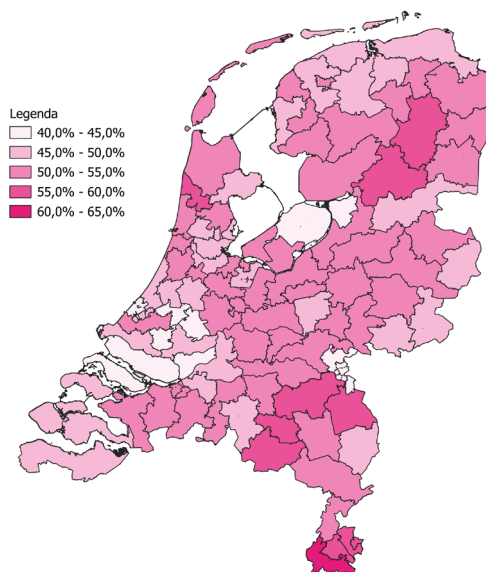
metformine	76%	SGLT2-remmer	6%
GLP1-agonist	13%	overig	4%



Met zeer hoog risico:

metformine	47%	SGLT2-remmer	41%
GLP1-agonist	6%	overig	5%

Regionale variatie in voorschrijven SGLT2-remmers bij zeer hoog risico

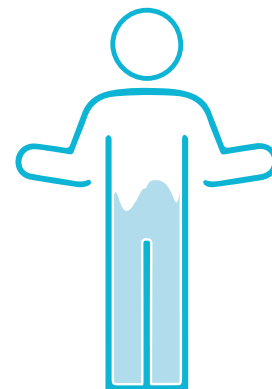


In diverse stedelijke gebieden in de Randstad gebruikt minder dan de helft van de patiënten met zeer hoog risico een SGLT2-remmer, in Limburg meer dan **60%**

Onderbehandeling SGLT2-remmers

Ongeveer de helft van de patiënten met zeer hoog risico gebruikt een SGLT2-remmer.

Dit is een stijging van **10%** t.o.v. 2023.





Inleiding

Voor u ligt de themarapportage Diabetes mellitus type 2 (DM2) 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.

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. Dit gebeurt op vier thema's: diabetesmiddelen, medicatieveiligheid, opioïden, en stoppen en minderen van medicatie.

Diabetes mellitus type 2

De indicatoren in deze themarapportage brengen de therapiekeuze bij patiënten met DM2 in kaart. Voor de behandeling van DM2 bestaan diverse verschillende geneesmiddelen. De NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2024) beschrijft de voorkeur voor therapiekeuze. Die is afhankelijk van of patiënten wel of geen zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (HVZ) hebben. Voor niet-kwetsbare patiënten met een zeer hoog risico geldt een ander medicamenteus stappenplan dan voor patiënten zonder zeer hoog risico. De themarapportage beschrijft het landelijk en regionale beeld aan de hand van de indicatoren, waarbij waar mogelijk onderscheid wordt gemaakt tussen deze groepen patiënten.



Achtergrond

De NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2024) maakt bij de therapiekeuze onderscheid tussen twee groepen patiënten: patiënten met en zonder zeer hoog risico op 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 HVZ¹:

- niet-kwetsbaar
- levensverwachting > 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 glucagonachtige peptide (GLP)1-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.

¹ 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 als alternatief een GLP1-agonist (bij obesitas) of SGLT2-remmer (bij clustering van cardiovasculaire risicofactoren)
- afhankelijk van de benodigde HbA1c-daling, patiëntkenmerken en patiëntvoorkeuren:
 - DPP4-remmer
 - gliclazide
 - GLP1-agonist
 - (middel)langwerkende insuline
 - SGLT2-remmer

In 2024 is dit stappenplan herzien. 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. De herziening is eind 2024 gepubliceerd, waardoor het grootste gedeelte van de onderzochte periode in deze themarapportage nog het stappenplan bestaande uit metformine, gliclazide en NPH-insuline gold.



1. Therapiekeuze stap 1 van de behandeling

Conclusie en aanbevelingen

- Metformine was het meest voorgeschreven middel als stap 1 in de behandeling van nieuwe patiënten met DM2. Dit gold zowel voor patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ (76%) als voor patiënten met zeer hoog risico op HVZ (47%). De richtlijn geeft bij de tweede groep de voorkeur aan SGLT2-remmers.
- Steeds meer patiënten kregen SGLT2-remmers voorgeschreven (6% van de patiënten zonder zeer risico en 41% van de patiënten met zeer hoog risico). Het gebruik is met een paar procentpunten toegenomen ten opzichte van 2023.
- De regionale spreiding bij patiënten met zeer hoog risico was groot bij zowel metformine (34,0 tot 63,0%) als SGLT2-remmers (27,1 tot 58,6%).
- Meer onderzoek is nodig naar de redenen voor het niet voorschrijven van SGLT2-remmers aan nieuwe patiënten met zeer hoog risico.

Metformine meest voorgeschreven bij nieuwe patiënten

Het eerstekeusmiddel voor nieuwe patiënten met DM2 is afhankelijk van hun kwetsbaarheid en risico op HVZ (zie ook hoofdstuk achtergrond). Bij patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ is metformine de eerste keus. Bij niet-kwetsbare patiënten met een zeer hoog risico op HVZ gaat de voorkeur uit naar een SGLT2-remmer. Bij contra-indicaties komt een GLP1-agonist in aanmerking.

In 2024 waren er in deze databron 58.600 patiënten zonder zeer hoog risico die startten met een bloedglucoseverlagend middel (ten opzichte van 51.900 in 2023) en 18.200 patiënten met zeer hoog risico (ten opzichte van 16.500 in 2023). In tabel 1.1 staat het percentage patiënten met en zonder zeer hoog risico dat startte met een DPP4-remmer, GLP1-agonist, metformine, sulfonyleureum (SU)-derivaat of SGLT2-remmer.

Tabel 1.1: Therapiekeuze in stap 1 van de behandeling van patiënten met DM2

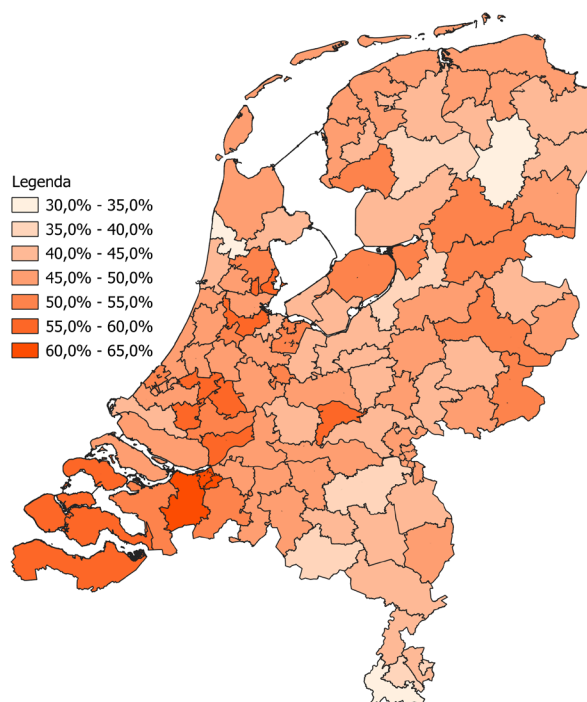
	Zonder zeer hoog risico (regionale spreiding)	Met zeer hoog risico (regionale spreiding)
Metformine	75,9%# (66,9 tot 82,4%)	46,6% (34,0 tot 63,0%)
GLP1-agonist	12,5% (6,0 tot 18,7%)	6,3% (1,6 tot 11,4%)
SGLT2-remmer	6,4% (2,4 tot 14,2%)	41,3%# (27,1 tot 58,6%)
SU-derivaat	4,5% (1,5 tot 7,6%)	5,2% (0 tot 13,2%)
DPP4-remmer	0,6% (0 tot 2,6%)	0,6% (0 tot 0,6%)

voorkeur volgens richtlijn

Zonder zeer hoog risico

De therapiekeuze bij patiënten zonder zeer hoog risico wordt goed opgevolgd. Gemiddeld kreeg net iets meer dan driekwart van de patiënten zonder zeer hoog risico metformine als stap 1 voorgeschreven (75,9%). De spreiding was met 66,9 tot 82,4% beperkt. Regio's met de meeste starters op metformine waren Venlo, Breda en Oss. Hier startte meer dan 80% van de laag risico patiënten met metformine. Regio's waar relatief weinig mensen zijn gestart met metformine zijn Zuid-Limburg, Groningen, Drenthe en de kop van Noord-Holland. In de laagst scorende regio's startte iets meer dan 66% met metformine. In figuur 1.1. is de regionale spreiding te zien.

Figuur 1.1: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen zonder zeer hoog risico met metformine als stap 1



Van de patiënten die *niet* met metformine startten, startte het grootste gedeelte met een GLP1-agonist (12,5%). SGLT2-remmers waren in 6,4% van de gevallen het eerst voorgeschreven middel en SU-derivaten in 4,5%. Starten met een DPP4-remmer gebeurde weinig: slechts 0,6% van de patiënten zonder zeer hoog risico startte met een DPP4-remmer.

Het percentage starters met metformine nam af tussen 2024 en 2023. In 2023 startte nog 80,6% van alle patiënten zonder zeer hoog risico met metformine, een afname van 4,7 procentpunt in een jaar. De grootste stijging was in dezelfde periode te zien in het gebruik van GLP1-agonisten (+3,7 procentpunt). Zie hiervoor tabel 1.2.

Tabel 1.2: Therapiekeuze in stap 1 van de behandeling van patiënten met DM2 zonder zeer hoog risico op HVZ in 2024 en 2023.

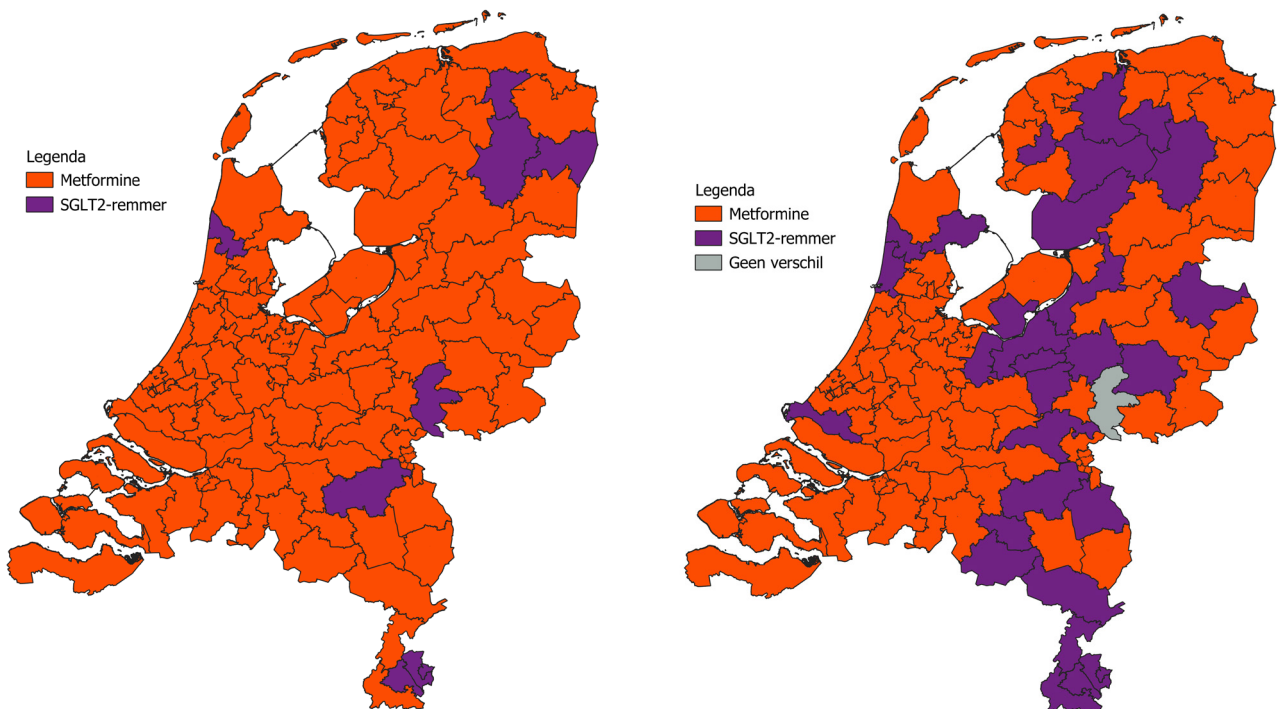
	2023	2024	Vershil
Metformine [#]	80,6%	75,9%	-4,7%
GLP1-agonist	8,8%	12,5%	+3,7%
SGLT2-remmer	4,9%	6,4%	+1,5%
SU-derivaat	4,9%	4,5%	-0,3%
DPP4-remmer	0,8%	0,6%	-0,2%

voorkeur volgens richtlijn

Zeer hoog risico

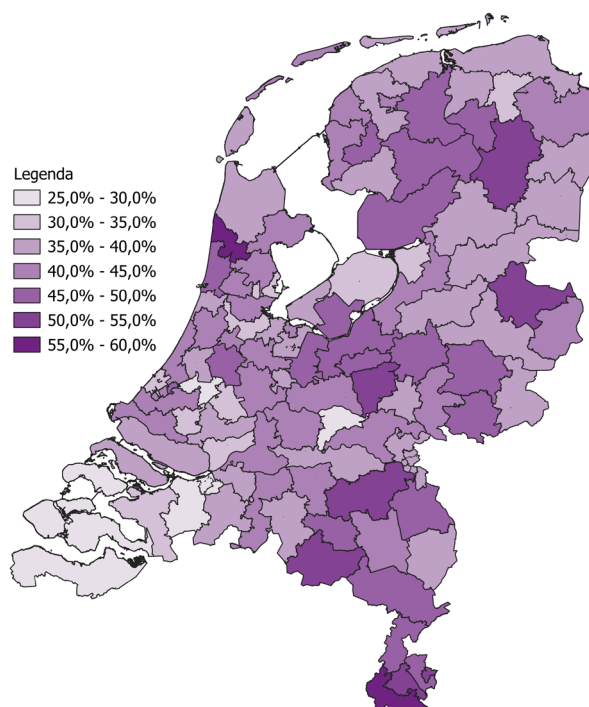
Bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ was metformine ook het meest geïnitieerde geneesmiddel. Het percentage lag met 46,6% wel een stuk lager dan bij de patiënten zonder zeer hoog risico. 41,3% van de patiënten startte, conform richtlijn, met een SGLT2-remmer. Het percentage starters met GLP1-agonisten was 6,3%. Opgeteld startten dus wel net iets meer patiënten met het voorkeursmiddel volgens de richtlijn (SGLT2-remmer of GLP1-agonist) dan met metformine. Zie voor alle percentages tabel 1.1.

Figuur 1.2: Meest voorgeschreven eerste geneesmiddel bij patiënten met zeer hoog risico in 2023 (links) en 2024 (rechts).



In figuur 1.2 is te zien dat een SGLT2-remmer in 2024 in 27 van de 85² regio's het meest voorgeschreven eerste middel was bij patiënten met zeer hoog risico. In 2023 waren SGLT2-remmers in slechts 8 regio's het meest voorgeschreven. Het gemiddeld aantal patiënten dat startte met een SGLT2-remmer steeg van 35,8% naar 41,3% (tabel 1.3). De spreiding was 27,1 tot 58,6%. De regio's met de minste starters kwamen overeen met de regio's met meeste starters van metformine, namelijk rond Zeeland en het Groene Hart. Het hoogste percentage starters was in Valkenburg, Maastricht en Alkmaar (figuur 1.3).

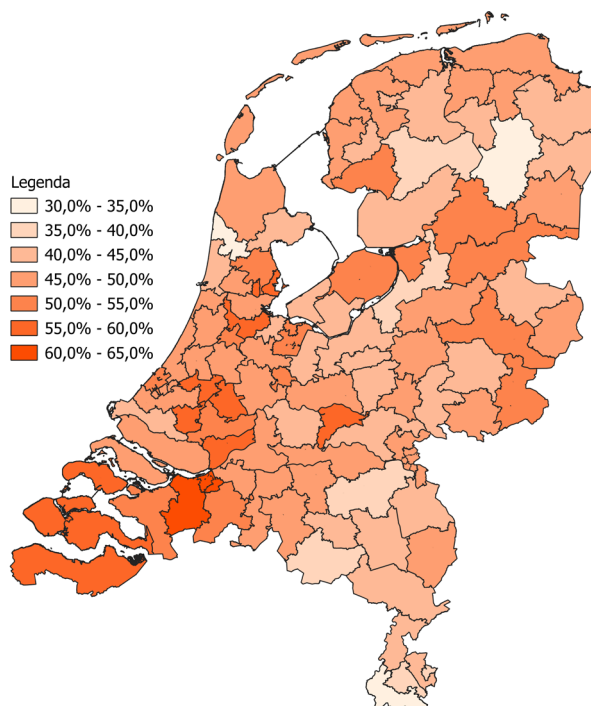
Figuur 1.3: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen met zeer hoog risico met SGLT2-remmer als stap 1



In figuur 1.2 is te zien dat metformine in 2024 in 57 van de 85² regio's het meest voorgeschreven middel in stap 1 was bij patiënten met zeer hoog risico. In 2023 was dit nog in 77 van de 85 regio's het geval. De spreiding in het gebruik van metformine als eerste middel bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ was in 2024 34,0 tot 63,0%. Zie hiervoor figuur 1.4. Regio's met het laagste gebruik waren Zuid-Limburg, delen van Drenthe en het noordoosten van Noord-Holland. Het hoogste gebruik was in regio Goes/Breskens, Zoetermeer en Roosendaal.

² Er zijn enkele regio's samengevoegd vanwege te kleine aantallen patiënten. Daarom is het totaal aantal regio's bij deze indicator 85 in plaats van 90.

Figuur 1.4: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen met zeer hoog risico met metformine als stap 1



Tabel 1.3: Therapiekeuze in stap 1 van de behandeling van patiënten met DM2 met zeer hoog risico op HVZ in 2024 en 2023.

	2023	2024	Vershil
Metformine	52,3%	46,6%	-5,7%
SGLT2-remmer [#]	35,8%	41,3%	+5,6%
SU-derivaat	6,6%	5,2%	-1,4%
GLP1-agonist	4,5%	6,3%	+1,8%
DPP4-remmer	0,8%	0,6%	-0,3%

voorkeur volgens richtlijn

Beschouwing

De behandeladviezen bij DM2 zijn in de afgelopen jaren sterk gewijzigd. Waar het voorkeursbeleid jarenlang was gebaseerd op metformine, gliclazide en insuline, is er sinds een paar jaar meer differentiatie gekomen in de behandeling. Dat is ook terug te zien in de scores op de voorschrijfindicatoren, waarbij het gebruik van metformine bij nieuwe patiënten langzaam daalt en het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten toeneemt.

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 beschouwing. De eerste beperking betreft het onderscheid tussen

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 moeten worden.

patiënten met en zonder zeer hoog risico. De groep patiënten die is gelabeld als 'zonder zeer hoog risico' bevat waarschijnlijk ook patiënten mét zeer hoog risico. Daaruit volgt ook dat de groep gelabeld als 'mét 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. Vanwege bovengenoemde beperkingen aan de indicatoren, richten we ons vooral op de trends en de vergelijking tussen regio's en niet zozeer op conclusies of de richtlijn al dan niet goed opgevolgd wordt.

Het gebruik van metformine bij de laag risico groep ligt, conform richtlijn, onverminderd hoog. Wel neemt het gebruik iets af ten opzichte van vorige jaren, ten koste van de SGLT2-remmers en GLP1-agonisten. Hiervoor is een aantal verklaringen mogelijk.

De eerste mogelijkheid is dat vervuiling van de indicator een rol speelt. Zoals hierboven aangegeven bevat de indicator voor de laag risico patiënten waarschijnlijk een aantal patiënten die wel een zeer hoog risico hebben. Mogelijk dat een deel van de patiënten in deze indicator dus terecht een SGLT2-remmer of GLP1-agonist krijgt, omdat het patiënten met zeer hoog risico betreft. Dit verklaart echter niet waarom het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten over de jaren toeneemt: de groep patiënten die onterecht in deze indicator komt, is naar verwachting ongeveer gelijk over de jaren. In dit geval speelt echter ook dat in de loop van de jaren steeds meer patiënten met een zeer hoog risico starten met een SGLT2-remmer of GLP1-agonist (zie resultaten bij de indicator voor patiënten met zeer hoog risico). Daarom is het dus toch mogelijk dat het toenemend gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten bij deze selectie van patiënten deels te verklaren is door vervuiling van de indicator.

Een tweede mogelijke verklaring is dat artsen onterecht een SGLT2-remmer of GLP1-agonist starten bij patiënten zonder zeer hoog risico. De komende jaren krijgen we hier naar verwachting meer inzicht in. Als het gebruik van metformine blijft dalen, is dat een aanwijzing dat artsen de richtlijn minder opvolgen. Als de daling stopt, is dat een teken dat de inhaalslag bij de patiënten met zeer hoog risico is gemaakt en dat het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten bij deze groep vooral te wijten is aan vervuiling van de selectie.

Bij de patiënten met zeer hoog risico neemt het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten toe, maar blijft metformine gemiddeld gezien nog het meest voorgeschreven middel. Het ‘achterblijven’ van het gebruik van SGLT2-remmers bij deze groep is ook in andere analyses beschreven³. Ook hier speelt vervuiling van de selectie waarschijnlijk een rol. Een deel van de patiënten die meegeteld zijn in de indicatoren zal niet voldoen aan de criteria op het gebied van kwetsbaarheid, levensverwachting en nierfunctie en krijgt dus terecht metformine in plaats van een SGLT2-remmer. Toch zal dit niet alles verklaren: het is niet aannemelijk dat dit meer dan de helft van de patiënten met zeer hoog risico betreft. Waarschijnlijk is dus de conclusie dat hier de maximale richtlijnimplementatie nog niet is bereikt. Ook bij andere indicaties zien we dat het tijd kost voor een richtlijn volledig ingeburgerd is in het voorschrijfgedrag van artsen⁴. Metformine is jarenlang eerste keus geweest bij DM2 en het zal tijd kosten voor voorschrijvers volledig gewend zijn aan het starten van een ander middel bij een deel van de DM2-patiënten. Er is sinds 2021 (de introductie van het stappenplan voor patiënten met zeer hoog risico op HVZ) een gestage toename te zien in het gebruik van de SGLT2-remmers en GLP1-agonisten: een indicatie dat de richtlijnimplementatie op gang komt maar nog niet maximaal is. In de periode 2023/2024 nam het gebruik van SGLT2-remmers bij zeer hoog risico patiënten nog met 5 procentpunt toe. De regionale spreiding geeft ook aanwijzingen dat maximale richtlijnimplementatie nog niet is bereikt: er zijn regio's waar het wel lukt om een substantieel deel van de patiënten (> 58%) te laten starten met SGLT2-remmers. De komende jaren moeten uitwijzen of SGLT2-remmers meer terrein gaan winnen bij nieuwe patiënten en zo niet, wat de reden is van de terughoudendheid van Nederlandse voorschrijvers.

³ IQVIA data on file.

⁴ Kilsdonk E, Peute LW, Jaspers MWM. Factors influencing implementation success of guideline-based clinical decision support systems: A systematic review and gaps analysis. *Int J Med Inform.* 2017;98:56-64.

Tegelijkertijd moeten we ook alert blijven op het voorkomen van overprescriptie, bijvoorbeeld bij kwetsbare of laag risico patiënten. In het verleden zijn er ook voorbeelden geweest van te brede of snelle implementatie van nieuwe geneesmiddelen, met nadelige gevolgen voor de kwaliteit en kosten van de zorg^{5,6,7}.

⁵ Avorn J. Two centuries of assessing drug risks. *N Engl J Med.* 2012;367(3):193-197.

⁶ Rosen CJ. Revisiting the rosiglitazone story--lessons learned. *N Engl J Med.* 2010;363(9):803-806.

⁷ Krumholz HM, Ross JS, Presler AH, Egilman DS. What have we learnt from viox? *BMJ.* 2007;334(7585):120-123.



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

Conclusie en aanbevelingen

- Huisartsen schreven, conform richtlijn, gliclazide voor aan 77% van de patiënten zonder zeer hoog risico op HVZ als stap na metformine. Het gebruik nam in vergelijking met 2023 licht af.
- Het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten bij patiënten zonder zeer hoog risico nam toe.
- De komende jaren moeten inzicht geven in hoeverre de eind 2024 gepubliceerde verruimde plek voor SGLT2-remmers en GLP1-agonisten bij patiënten zonder zeer hoog risico leidt tot een verdere stijging in het gebruik.

Gliclazide voorgeschreven bij ruim driekwart van de patiënten

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). Deze aanbeveling is echter pas eind 2024 gepubliceerd, waardoor bijna heel 2024 gliclazide nog de voorkeur had voor alle patiënten zonder zeer hoog risico.

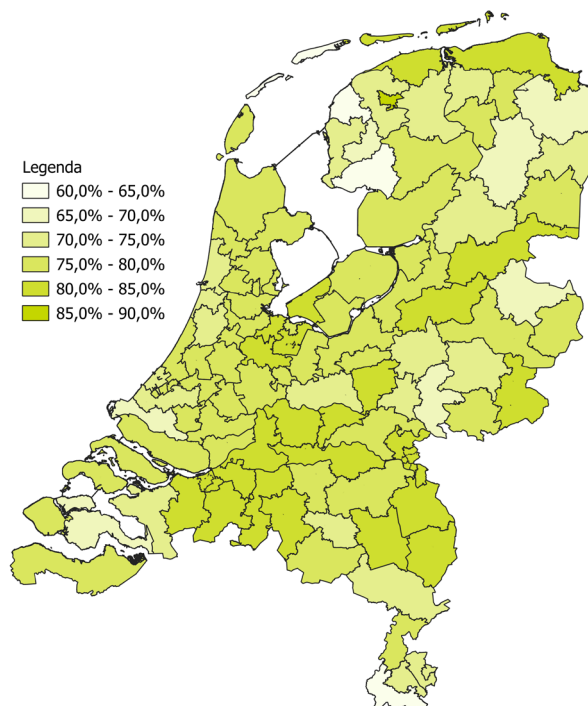
In 2024 kregen ruim 36.200 patiënten zonder zeer hoog risico een tweede middel voorgeschreven na metformine. Dit was een toename ten opzichte van 2023, waarin het ging om 33.500 mensen. Uit de indicator blijkt dat artsen de voorkeur voor gliclazide goed opvolgden. Het middel werd in ruim driekwart van de gevallen gekozen als middel na metformine. Het percentage lag iets lager dan in 2023. In dezelfde periode was er een groei te zien in gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten (zie tabel 2.1). Overige SU-derivaten werden bijna niet meer voorgeschreven. Net iets meer dan 1% van de voorschriften was voor een ander SU-derivaat dan gliclazide.

Tabel 2.1: Therapiekeuze in stap 2 van de behandeling van patiënten met DM2 zonder zeer hoog risico op HVZ in 2024 en 2023.

	2023	2024	Vershil
Gliclazide#	78,4%	76,7%	-1,7%
SGLT2-remmer	10,5%	12,1%	+1,6%
GLP1-agonist	6,3%	7,1%	+0,8%
DPP4-remmer	3,3%	3,0%	-0,3%
Ander SU-derivaat	1,4%	1,1%	-0,4%

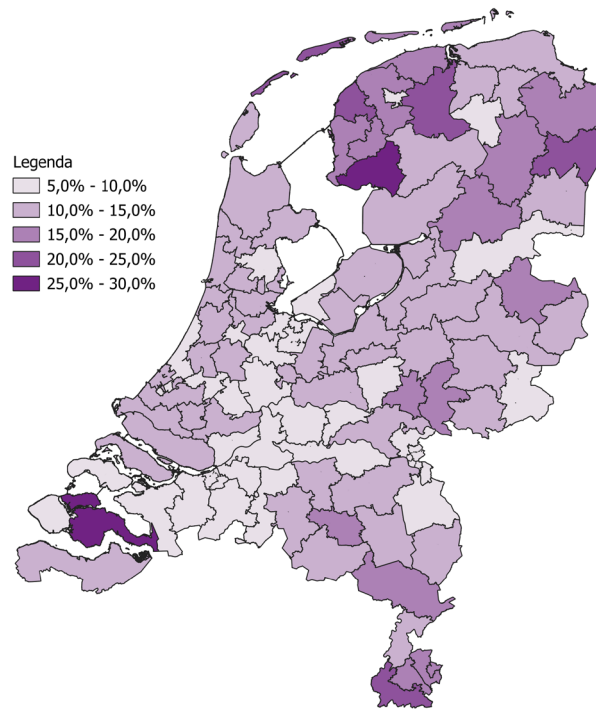
voorkeur volgens richtlijn

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

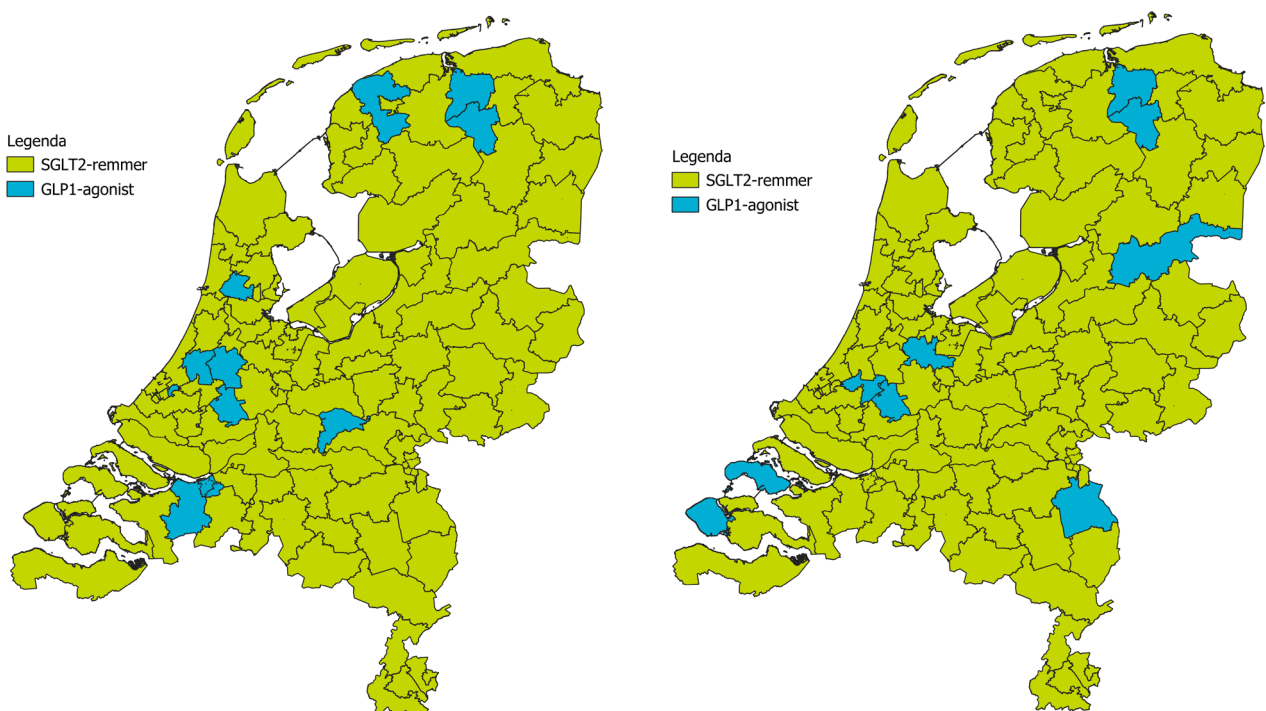


De regionale variatie in het gebruik van gliclazide staat in figuur 2.1. Het gebruik van gliclazide in de verschillende regio's in Nederland varieerde van 62,4 tot 86,4%. Gliclazide was dus ook in elke regio het meest gekozen middel. De grootste spreiding zat in het gebruik van SGLT2-remmers: deze varieerde van 5,9 tot 27,6% (figuur 2.2). Figuur 2.3 maakt inzichtelijk wat per regio het meest gekozen middel was na gliclazide. In 82 van de 90 regio's was dit een SGLT2-remmers. In de overige 8 regio's waren dit de GLP1-agonisten. Dit aantal lag gelijk aan 2023: opvallend is wel dat er 11 regio's gewisseld waren van voorkeursmiddel.

Figuur 2.2: Percentage nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen zonder zeer hoog risico met SGLT2-remmers als stap 2 na metformine in 2024



Figuur 2.3: Meest voorgeschreven geneesmiddel na gliclazide in stap 2 van behandeling van patiënten zonder zeer hoog risico in 2023 (links) en 2024 (rechts)



Beschouwing

De behandeladviezen bij DM2 zijn in de afgelopen jaren sterk gewijzigd. Waar het voorkeursbeleid jarenlang was gebaseerd op metformine, gliclazide en insuline, is er sinds een paar jaar meer differentiatie gekomen in de behandeling. Dat is ook terug te zien in de scores op de voorschrijfindicatoren. Het gebruik van gliclazide neemt licht af, terwijl het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten stijgt. Zoals eerder beschreven (zie hoofdstuk 1) bevat de geselecteerde groep patiënten zonder zeer hoog risico waarschijnlijk een aantal patiënten die wel een zeer hoog risico op HVZ hebben en daarmee dus een indicatie hebben voor het gebruik van een SGLT2-remmer of GLP1-agonist. Dit verklaart mogelijk de stijging, aangezien de implementatie van het stappenplan bij zeer hoog risico patiënten nog gaande lijkt (zie ook hoofdstuk 1). Ook kan het patiënten betreffen die monotherapie metformine gebruikten, HVZ ontwikkelden en daarom conform richtlijn zijn geswitcht naar het andere stappenplan. Een laatste mogelijke verklaring is dat de populariteit van deze middelen ook onder de patiënten zonder zeer hoog risico toeneemt. Het verruimde advies om deze middelen als alternatief voor gliclazide voor te schrijven bij patiënten zonder zeer hoog risico is pas eind 2024 gepubliceerd. Het is echter niet ondenkbaar dat het ruimere voorschrijven al vóór die tijd is begonnen.

Met name de variatie in het gebruik van SGLT2-remmers is groot. Dit is een aanwijzing om alert te blijven op zowel overprescriptie als onderprescriptie van SGLT2-remmers. Met de ruimere plaats voor GLP1-agonisten en SGLT2-remmers in de richtlijn is de verwachting dat het gebruik van gliclazide verder gaat afnemen in de komende jaren. Het is wel zaak hierbij alert te blijven op het te breed inzetten van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten: een groot deel van de patiënten zonder zeer hoog risico blijft volgens de huidige richtlijn in aanmerking komen voor gliclazide.



3. Onderbehandeling SGLT2-remmers

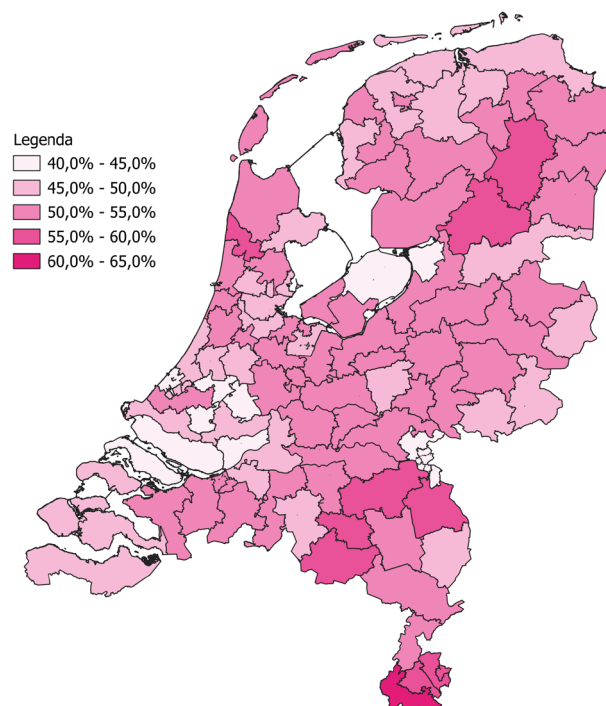
Conclusie en aanbevelingen

- Ongeveer de helft van de patiënten met een zeer hoog risico op HVZ, kreeg een SGLT2-remmer.
- Het gebruik van SGLT2-remmers bij patiënten met een zeer hoog risico op HVZ is met 10 procentpunt gestegen ten opzichte van 2023.
- Meer onderzoek is nodig naar waarom het gebruik van SGLT2-remmers achterblijft, en waarom dit vooral in Randstedelijke gebieden het geval lijkt.

50% van de hoog-risico patiënten gebruikte een SGLT2-remmer

Niet-kwetsbare patiënten met een zeer hoog risico op HVZ komen in aanmerking voor een SGLT2-remmer. In 2024 waren er in deze databron ruim 323.000 patiënten met zeer hoog risico (ten opzichte van 300.000 in 2023). Het percentage patiënten met zeer hoog risico dat daadwerkelijk een SGLT2-remmer gebruikte, was net iets meer dan de helft: 50,4%. De spreiding was 40,6 tot 63,9% (zie figuur 3.1). Er was een duidelijk regionaal beeld te zien. De regio's met de minste gebruikers waren stedelijke gebieden in Zuid-Holland: de vier laagst scorende regio's waren Dordrecht (40,6%), Gouda (43,1%), Rotterdam (44,3%) en Den Haag (44,4%). In Limburg werden de SGLT2-remmers juist vaak gebruikt: de regio's Maastricht (63,9%), Heerlen (58,7%) en Valkenburg (57,7%) hadden de meeste patiënten met SGLT2-remmers.

Figuur 3.1: Percentage patiënten met zeer hoog risico op HVZ dat een SGLT2-remmer kreeg voorgeschreven in 2024



Het gebruik van SGLT2-remmers is landelijk in een jaar tijd met ongeveer 10 procentpunt gestegen (van 40,5% in 2023 naar 50,4% in 2024). In alle regio's was een stijging ten opzichte van 2023, variërend van een toename van 5,8% (Tiel) tot 16,2% (Dokkum/Ameland/Schiermonnikoog).

Beschouwing

Het gebruik van SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico neemt toe, wat ook in lijn is met de richtlijn. Sinds het introduceren van SGLT2-remmers als behandeloptie bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ (in 2021) neemt het percentage gebruikers jaarlijks toe. Toch blijkt uit deze analyse dat lang niet alle patiënten die in aanmerking komen al een SGLT2-remmer gebruiken: het aantal gebruikers is net iets meer dan 50%. Opnieuw is er mogelijk sprake van enige vervuiling van de selectie, omdat deze ook patiënten (bijvoorbeeld kwetsbare patiënten of patiënten met beperkte levensverwachting) bevat die niet in aanmerking komen voor een SGLT2-remmer. Daarnaast zal een deel van de patiënten een contra-indicatie hebben voor een SGLT2-remmer en deze daardoor (terecht) niet gebruiken.

Goed om te realiseren is dat de indicator alleen patiënten meerekent die op *dit moment* een SGLT2-remmer gebruiken. Patiënten die weer gestopt zijn vanwege bijvoorbeeld bijwerkingen worden ook niet meegeteld. Het is niet bekend hoeveel procent van de Nederlandse patiënten vroegtijdig stopt met een SGLT2-remmer. Onderzoek uit Scandinavië (Denemarken en Zweden) toont echter aan dat een aanzienlijk deel van de patiënten de SGLT2-remmer niet blijft gebruiken. In het eerste jaar stopt ongeveer 28% van de patiënten; waarvan 40% uiteindelijk weer herstart. Het percentage stoppers is 46% na drie jaar, waarvan circa de helft weer herstart⁸. Ander onderzoek toont een stoppercentage aan van 56% na vijf jaar⁹. Vroegtijdig stoppen zal dus ook een aanzienlijk deel van de indicatorscore verklaren.

⁸ Lim C, et al. Treatment discontinuation among users of GLP-1 receptor agonists and SGLT2 inhibitors in a national population of individuals with type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2025;68(8):1680-1695.

⁹ Malik ME, et al. Discontinuation and reinitiation of SGLT-2 inhibitors and GLP-1R agonists in patients with type 2 diabetes: a nationwide study from 2013 to 2021. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;29:100617.

De regionale spreiding, met uitschieters naar bijna 64%, geeft echter wel een duidelijke indicatie dat er nog winst te behalen is in het gebruik van SGLT2-remmers bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ. Richtlijnimplementatie kost echter tijd, en gezien de stijging die ook in de periode 2023-2024 te zien was (+10 procentpunt), is de verwachting dat het aantal gebruikers de komende jaren nog verder zal stijgen.

Opvallend is dat het gebruik van SGLT2-remmers vooral in Randstedelijke gebieden achter lijkt te blijven. Zuid-Limburg kent juist veel regio's die hoog scoren. De reden hiervoor is niet bekend. Mogelijk dat er op het gebied van de behandeling van DM2 juist in 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.

4. Insulinekeuze

Conclusie en aanbevelingen

- Ongeveer driekwart van de patiënten met DM2 die startten met een (middel)langwerkend insuline, startte met het voorkeursmiddel (NPH-insuline of insuline glargine 100 E/ml).
- De regionale variatie was met 31 tot 95% groot.
- Artsenvoorkeuren 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 percentage gebruikers van het voorkeursmiddel was stabiel over de jaren. Komende jaren moet het effect gemonitord worden van het verdwijnen van NPH-insuline.

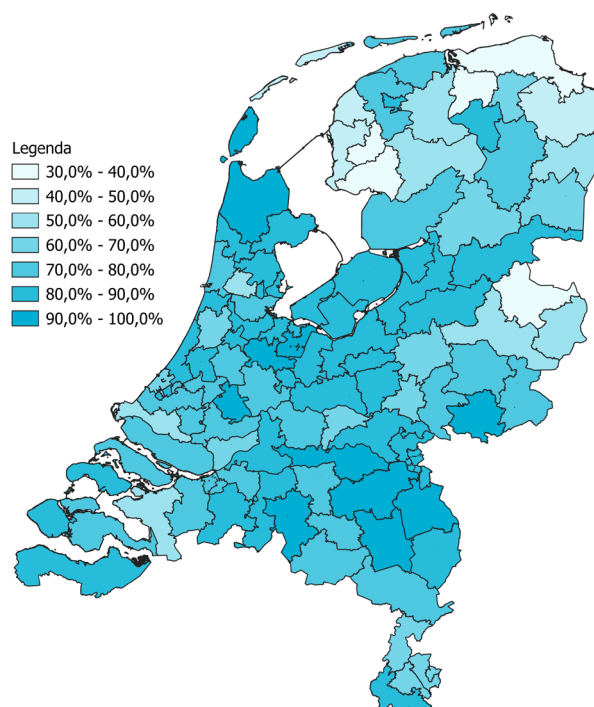
Grote variatie in insulinekeuze

NPH-insuline is jarenlang het voorkeursmiddel geweest bij DM2. Sinds 2024 is ook insuline glargine 100 E/ml een voorkeursmiddel. Insuline detemir, insuline glargine 300 E/ml en insuline degludec hebben niet de voorkeur, vanwege onduidelijke klinische voordelen en hogere kosten.

In 2024 zijn ruim 15.600 patiënten gestart met een (middel) langwerkend insuline. Dit was een stijging ten opzichte van 2023 (14.800 patiënten). Landelijk gezien kreeg in 2024 bijna driekwart (74,6%) van de patiënten die startten met (middel)langwerkend insuline een voorkeursmiddel (NPH-insuline of insuline glargine 100 E/ml). De regionale spreiding was echter groot: 32,1 tot 95,3%. Van de 85 regio's¹⁰ kozen er 80 in minimaal de helft van de gevallen voor het voorkeursinsuline. Artsen in Maarssen/Mijdrecht, Gouda en Hilversum kozen het vaakst voor het voorkeursinsuline. Het percentage gebruikers van het voorkeursinsuline lag hier afgerond op 95%. Huisartsen in (delen van) Groningen, Friesland en Twente kozen echter vaak voor een ander (middel)langwerkend insuline dan NPH-insuline of insuline glargine 100 E/ml. Slechts ongeveer een derde (32,1 tot 38,9%) van de patiënten startte hier met een voorkeursinsuline.

¹⁰ Er zijn enkele regio's samengevoegd vanwege te kleine aantallen patiënten. Daarom is het totaal aantal regio's bij deze indicator 85 in plaats van 90.

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



Het percentage nieuwe gebruikers van het voorkeursmiddel was nagenoeg gelijk aan 2023: 74,6% in 2024 om 74,5% in 2023. In de regio's Maarsen/Mijdrecht, IJmuiden/Egmond en Roden is het gebruik van het voorkeursinsuline met meer dan 10 procentpunt toegenomen in een jaar tijd. Er waren ook regio's waar het gebruik juist met meer dan 10 procentpunt daalde. Dit waren Tiel, Hardenberg, Stadskanaal, Valkenswaard en Zaandam.

Beschouwing

Het voorschrijfbeleid van (middel)langwerkende insulines is al jaren afwijkend ten opzichte van de richtlijnen. NPH-insuline is jarenlang het enige voorkeursmiddel geweest: een aanbeveling die artsen maar mondjesmaat opvolgden¹¹. Sinds 2024 is insuline glargine 100 E/ml ook als voorkeursmiddel aangewezen in de NHG-Standaard. Deze aanbeveling wordt, met een gemiddelde indicatorscore van 75%, stukken beter opgevolgd. De regionale variatie in het gebruik van (middel)langwerkend insuline is echter groot: met regio's waar bijna iedereen (> 95%) het voorkeursmiddel krijgt, tot regio's waar slechts ongeveer een derde van de patiënten NPH-insuline of insuline glargine 100 E/ml krijgt. Een dergelijk grote spreiding kan

¹¹ Dankers M, et al. Newer long-acting insulin prescriptions to type 2 diabetes patients: Prevalence and practice variation. Br J Gen Pract. 2022;72(719):e430-6.

nauwelijks verklaard worden door verschillen in patiëntenpopulatie: het is aannemelijk dat voorkeuren van artsen en patiënten hier een grote rol spelen. Eerder onderzoek onder huisartsen, praktijkondersteuners en apothekers heeft dit ook bevestigd¹².

Het opvolgen van de aanbeveling is over de jaren stabiel, al zijn er regio's waar wel een switch in het voorschrijfgedrag lijkt op te treden. Dit middelt elkaar echter uit, waardoor er landelijk geen duidelijke trend voor of juist tegen de voorkeursinsulines is. Aandachtspunt is dat in 2025 de meeste producten met NPH-insuline van de markt zijn verdwenen en dat artsen dus vaker voor een alternatief moeten kiezen. De komende jaren moeten uitwijzen of ze vooral switchen naar het andere voorkeursinsuline (glargine 100 E/ml) of dat dit ook gaat leiden tot een toename in het gebruik van niet-aangeraden (middel)langwerkende insulines (insuline detemir, insuline glargine 300 E/ml, insuline degludec).

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.

¹² 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.



Afsluitend

Het aantal patiënten met DM2 in Nederland neemt al jaren toe¹³. Ook het gebruik van bloedglucoseverlagende geneesmiddelen neemt toe: bij alle indicatoren is het totaal aantal patiënten in 2024 hoger dan in 2023. In de behandeling van DM2 is de afgelopen jaren veel veranderd. Er zijn nieuwe middelen beschikbaar gekomen en de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2 (2024)* geeft gedifferentieerde behandeladviezen op basis van onder andere het risico op HVZ. De wijzigingen zijn terug te zien in de indicatorscores: het gebruik van SGLT2-remmers en GLP1-agonisten neemt toe, terwijl het gebruik van metformine en gliclazide afneemt. De nieuwe adviezen lijken niet overal even goed geïmplementeerd: het starten met SGLT2-remmers als eerste middel bij patiënten met zeer hoog risico op HVZ gebeurt nog bij slechts ongeveer de helft van de patiënten. Van alle patiënten met zeer hoog risico gebruikt net iets meer dan de helft een SGLT2-remmer. Regionale verschillen tonen eveneens aan dat de implementatie van de nieuwe richtlijn nog niet optimaal is: regelmatig zijn er grote verschillen tussen regio's. Dat biedt mogelijkheden voor verdere optimalisatie van het voorschrijfbeleid, bijvoorbeeld via regionale interventies.

Op basis van de beschikbare gegevens is het niet vast te stellen of huisartsen terecht zijn afgeweken van de NHG-Standaarden. 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

¹³ VZinfo. Diabetes mellitus. Geraadpleegd augustus 2025.
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 moeten worden.

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. 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 patiënten te excluderen die 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 dat patiënten een deel van de verstrekte geneesmiddelen niet gebruiken. Daardoor kunnen de indicatoren het gebruik overschatten.

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 en geen absolute aantallen. 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.
- 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.

Aanbevelingen voor eerstelijnszorggroepen

- Ga aan de hand van de regionale scores de verbeterpunten na die er in de regio mogelijk zijn 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-insulines.

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS en zorgverzekeraars

- Monitor het gebruik van (middel)langwerkende insulines om te waarborgen dat het verdwijnen van NPH-insuline 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 expert-commissie 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, trombocytenuitremmers 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®), HPK 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®) en A10BJ (GLP1-agonisten)

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, trombocytenuitremmers 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®), HPK 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®) en A10BJ (GLP1-agonisten)

Therapiekeuze stap 2 van de behandeling

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, trombocytenuitremmers 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®), HPK 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®) en A10BJ (GLP1-agonisten)

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, trombocytenuitremmers 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®), HPK 3068552, 3068579, 3068617, 3068625 en 3068633 (Wegovy®) en niet-vergoede A10BX16 (Mounjaro®) en A10BJ (GLP1-agonisten)

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 1.792 en 1.902 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: 44 en 45 (Goes en Breskens), 87 en 88 (Bolsward en Harlingen/Vlieland/Terschelling), 90 en 91 (Grouw en Dokkum/Ameland/Schiermonnikoog), 92 en 93 (Drachten en Roden) en 98 en 99 (Zuidhorn en Delfzijl).

Voor de indicator insulinekeuze zijn de volgende tweecijferige postcodegebieden samengevoegd: 71 en 72 (Doetinchem en Zutphen), 85 en 96 (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