

Instituut Verantwoord Medicijngebruik



Themarapportage

Minderen en stoppen

Monitor Voorschrijven Huisartsen 2024

Colofon

Auteurs:

dr. Linda Kok, arts, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Anke Lambooi, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Boris Seijkens, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van:

drs. Fabiënne Griens, Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)

januari 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. Urologische spasmolytica	6
2. Langdurig gebruik slaapmiddelen	9
3. Chronisch gebruik antidepressiva	13
4. Chronisch gebruik protonpompremmers	16
5. Hormonale anticonceptie	20
Afsluitend	22
Methodologie	25

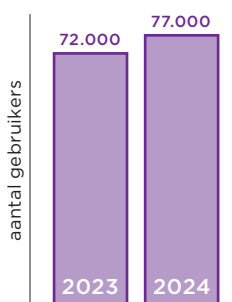
Samenvatting

Monitor Voorschrijven Huisartsen Themarapportage Minderen en stoppen 2024

Voor de geneesmiddelen uit deze themarapportage geldt een maximum gebruiksduur. Enerzijds omdat langdurig gebruik nadelige effecten kan hebben, anderzijds omdat een aantal middelen slechts tijdelijk geïndiceerd is. Het waar nodig en mogelijk minderen en stoppen van medicatie leidt tot effectiever en veiliger medicatiegebruik en beperkt onnodige zorgkosten.

Urologische spasmolytica

Zowel het aantal gebruikers als het chronisch gebruik nam toe in de 2e helft van 2024 t.o.v. dezelfde periode in 2023.



Bijna 16.500 vrouwen boven de 52 jaar gebruikten in 2024 hormonale anticonceptie. Richtlijnen bevelen aan vanaf 52 jaar te stoppen vanwege onder andere een toenemend risico op borstkanker en veneuze trombo-embolie.

1,5 miljoen

1,5 miljoen mensen gebruikten in de tweede helft van 2024 een PPI voor andere redenen dan maagbescherming. Slechts 40% gebruikte de PPI maximaal zes maanden.



Trendbreuk?

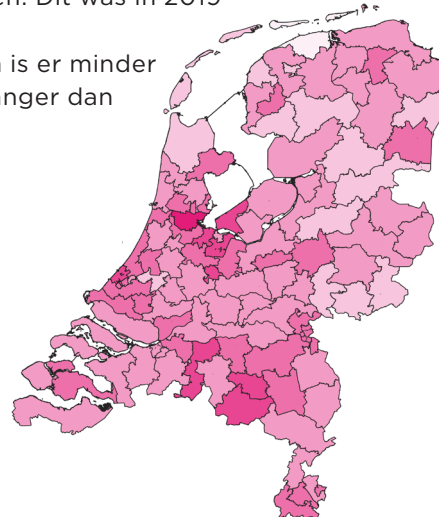
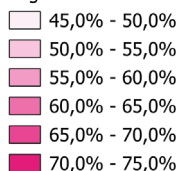
Sinds 2020 steeg het percentage nieuwe gebruikers van slaapmiddelen dat deze kortdurend (maximaal 20 dagen) kreeg voorgeschreven. In het 4e kwartaal van 2024 zette deze trend zich helaas niet voort.

Gebruiksduur antidepressiva

In de tweede helft van 2024 gebruikte 60,1% van de patiënten antidepressiva korter dan 24 maanden. Dit was in 2019 nog 63,0%.

In grote steden is er minder vaak gebruik langer dan 24 maanden.

Legenda



Aanbevelingen aan huisartsen en apothekers

- Geef patiënten duidelijke voorlichting over de voorgenomen behandelduur.
- Maak zo nodig onderling afspraken over het omgaan met herhaalverzoeken.
- Maak afspraken over het in beeld brengen en benaderen van langdurige gebruikers van de in het rapport genoemde geneesmiddelgroepen.



Inleiding

Voor u ligt de themarapportage Minderen en stoppen 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 minderen en stoppen van medicatie.

Minderen en stoppen

Deze rapportage beschrijft het thema minderen en stoppen voor vijf geneesmiddelgroepen:

- urologische spasmolytica
- slaapmiddelen
- antidepressiva
- protonpompremmers (PPI's)
- hormonale anticonceptie

Voor deze middelen bevelen de vigerende richtlijnen een maximale gebruiksduur aan. Dat is vooral bedoeld om de kans te verkleinen op nadelige effecten bij langdurig gebruik. Ook blijven patiënten regelmatig geneesmiddelen gebruiken waarvan de indicatie is vervallen. Dat geldt onder andere bij PPI's. Het is daarom belangrijk het geneesmiddelgebruik van patiënten regelmatig kritisch te beoordelen en waar mogelijk medicatie te minderen en stoppen. Dit geldt in het bijzonder bij ouderen, omdat bij hen steeds vaker sprake is van polyfarmacie¹. Polyfarmacie kan onder andere leiden tot therapieontrouw, bijwerkingen, interacties met andere geneesmiddelen en geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Het waar nodig en mogelijk minderen en stoppen van medicatie leidt tot effectiever en veiliger medicatiegebruik. Het heeft bovendien een positieve invloed op de zorgkosten.

Urologische spasmolytica

¹ NHG, NVKG. MDR Polyfarmacie – module minderen en stoppen medicatie, 2020.



1. Urologische spasmolytica

Conclusie en aanbevelingen

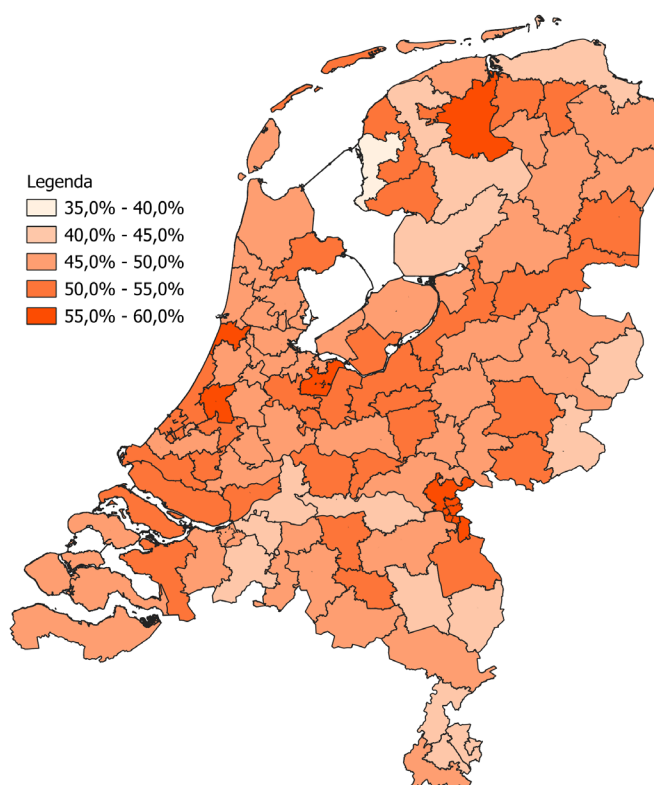
De helft van de patiënten van 70 jaar en ouder met een urologisch spasmolyticum gebruikt dit middel langer dan de door het NHG aanbevolen maximale periode van twaalf maanden. Het gebruik van deze middelen kan onder andere gepaard gaan met cognitieve achteruitgang en duizeligheid, terwijl de effectiviteit bij gebruikers van 75 jaar en ouder matig is. Opvallend is ook de toename in het aantal gebruikers: van 72.000 in de tweede helft van 2023 naar 77.000 in dezelfde periode in 2024. Bespreek met patiënten de mogelijkheid van een proefstop na drie tot zes maanden gebruik en plan deze eventueel al bij het uitschrijven van het eerste recept.

De helft van de patiënten gebruikt urologische spasmolytica langer dan aanbevolen

Het aantal patiënten van 70 jaar en ouder dat een urologisch spasmolyticum voorgeschreven kreeg steeg van 72.000 in de tweede helft van 2023 naar 77.000 in dezelfde periode in 2024. De NHG-Standaarden *Mictieklachten bij mannen* (2024) en *Incontinentie voor urine bij vrouwen* (2015) adviseren na drie tot zes maanden behandeling een proefstop in te lassen en bij recidiveren van de klachten de behandeling nog eens drie tot zes maanden te continueren. Dat betekent dat de aanbevolen maximale behandelduur met urologische spasmolytica twaalf maanden is. In 2024 gebruikte 49,2% van de patiënten van 70 jaar en ouder een spasmolyticum korter dan twaalf maanden. Dit percentage is vergelijkbaar met dat in 2023. Toen ging het om 49,4% van de patiënten. Dat betekent dat de helft van de patiënten met een urologisch spasmolyticum het middel langer dan de aanbevolen behandelduur gebruikt.

Naast de landelijke score zijn ook regionale scores bepaald. In figuur 1.1 zijn de regionale verschillen in 2024 te zien. Hoe lichter een regio kleurt des te lager is het percentage patiënten dat urologische spasmolytica korter dan twaalf maanden gebruikte. Dit betrof vooral regio's in de provincies Friesland, Noord-Brabant en Limburg. In deze regio's wordt de aanbevolen gebruiksduur dus relatief vaker overschreden dan elders.

Figuur 1.1. Percentage gebruikers (≥ 70 jaar) van urologische spasmolytica met een gebruiksduur korter dan twaalf maanden in 2024.



Beschouwing

Ongeveer de helft van de patiënten van 70 jaar en ouder die een urologisch spasmolyticum krijgt voorgeschreven, gebruikt dit middel langer dan aanbevolen. De NHG-Standaarden *Mictieklachten bij mannen* (2024) en *Incontinentie voor urine bij vrouwen* (2015) bevelen een maximale gebruiksduur van twaalf maanden aan.

Urologische spasmolytica bestaan uit muscarine-antagonisten, zoals solifenacine, tolterodine en oxybutynine en andere spasmolytica. De belangrijkste bijwerkingen van muscarine-antagonisten zijn anticholinerge bijwerkingen, zoals obstipatie en droge mond en, vooral bij patiënten ouder dan 75 jaar, duizeligheid. Duizeligheid kan leiden tot een hoger valrisico met alle gevolgen van dien. Gebruik van muscarine-antagonisten langer dan twaalf maanden is geassocieerd met cognitieve achteruitgang. Dat geldt al bij patiënten van 65 jaar en ouder maar neemt toe met de leeftijd. Muscarine-antagonisten zijn boven de leeftijd van 75 jaar matig effectief bij de behandeling van incontinentieklachten bij vrouwen en mictieklachten bij mannen².

² Kennisdocument Urologische spasmolytica

De NHG-Standaarden *Mictieklachten bij mannen (2024)* en *Incontinentie voor urine bij vrouwen (2015)* adviseren als eerste stap in de behandeling niet-medicamenteuze adviezen en eventueel, afhankelijk van de diagnose, bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining. Desondanks is in de tweede helft van 2024 het aantal gebruikers van urologische spasmolytica fors gestegen ten opzichte van dezelfde periode in 2023. Dat is in overeenstemming met de gegevens in de GIPdatabank. Daarin steeg het aantal gebruikers van 171.000 in 2023 naar 181.000 in 2024³

De indicator maakt gebruik van aflevergegevens van Nederlandse apotheken. Dit brengt enkele beperkingen met zich mee. Zo is niet duidelijk of de patiënt een stoppoging heeft gedaan en wegens recidiverende klachten weer is gestart met het urologisch spasmolyticum. Bovendien kan een patiënt zelf niet bereid zijn de medicatie te stoppen ondanks uitleg van de huisarts en/of apotheker.

³ GIPdatabank. Aantal gebruikers 2020-2024 voor ATC-subgroep G04B: Urologische middelen. Zie www.GIPdatabank.nl



2. Langdurig gebruik slaapmiddelen

Conclusie en aanbevelingen

Het aantal nieuwe gebruikers van slaapmiddelen neemt al enkele jaren af en dat was ook het geval in het vierde kwartaal van 2024. De afgelopen jaren kregen ook steeds meer nieuwe gebruikers de slaapmiddelen voor maximaal 20 dagen voorgeschreven. Helaas zette deze trend zich niet voort in 2024. Het blijft echter belangrijk om zeer terughoudend te zijn met slaapmedicatie. Dit met het oog op de beperkte effectiviteit, de kans op gewenning en het risico op bijwerkingen. De voorkeur gaat uit naar een eenmalig voorschrift en alleen op strikte indicatie. Het is daarom ook wenselijk om verzoeken om herhaalmedicatie uitsluitend te overwegen tijdens een spreekuurbezoek.

In 2024 nam het langdurig gebruik van slaapmiddelen toe

In het vierde kwartaal van 2024 daalde opnieuw het aantal nieuwe gebruikers van slaapmiddelen (tabel 2.1). Nieuwe gebruikers van slaapmiddelen zijn patiënten die voorafgaand aan het eerste slaapmiddelrecept minimaal 365 dagen geen slaapmiddel kregen voorgeschreven.

Tabel 2.1 Aantal nieuwe gebruikers van een slaapmiddel in het vierde kwartaal

Periode	Aantal nieuwe gebruikers
Q4 2020	48.000
Q4 2021	49.000
Q4 2022	46.000
Q4 2023	45.000
Q4 2024	44.000

De NHG-Standaard *Slaapproblemen* (2024) beveelt aan om slaapmiddelen alleen te overwegen bij patiënten met kortdurende slapeloosheid wanneer er een duidelijke relatie met een oorzaak is en de patiënt een hoge lijdensdruk ervaart. Het gaat dan bij voorkeur om een eenmalig voorschrift voor een korte periode. De afgelopen jaren steeg het percentage nieuwe gebruikers dat de slaapmiddelen slechts kortdurend (maximaal 20 dagen⁴) kreeg voorgeschreven. In het vierde kwartaal van 2024 daalde dit percentage echter weer, naar 63,2% (tabel 2.2).

⁴ De duur van 20 dagen is gebaseerd op het maximaal aanbevolen aantal tabletten van 10 stuks, en de aanbevolen dosering van een half tot een tablet.

Tabel 2.2 Percentage nieuwe gebruikers van slaapmiddelen* dat voor maximaal 20 dagen slaapmiddelen verstrekt kreeg in het vierde kwartaal

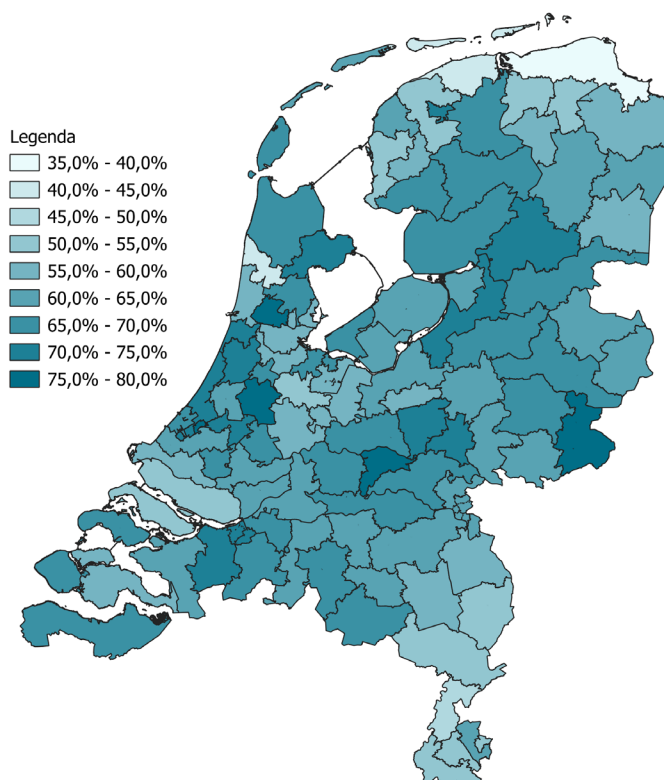
Periode	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
Q4 2020	62,2%	17,7 - 75,9%
Q4 2021	63,0%	15,3 - 75,5%
Q4 2022	63,6%	38,6 - 80,0%
Q4 2023	66,0%	43,1 - 80,4%
Q4 2024	63,2%	39,7 - 77,0%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

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

Figuur 2.1 toont de regionale verschillen. Hoe donkerder een regio kleurt des te hoger het percentage patiënten dat een slaapmiddel maximaal 20 dagen kreeg voorgeschreven, zoals aanbevolen in richtlijnen. In 2023 had de laagst scorende regio een percentage van 43,1. In 2024 waren er drie regio's die lager scoorden dan 43,1%, waaronder één regio met een percentage lager dan 40,0%. De laag scorende regio's lagen met name in het uiterste noorden van Nederland. In 2023 scoorden nog 29 regio's 70,0% en hoger, in 2024 nog maar 15 regio's.

Figuur 2.1. Percentage nieuwe gebruikers van slaapmiddelen dat voor maximaal 20 dagen slaapmiddelen verstrekt kreeg in het vierde kwartaal van 2024.



Beschouwing

Het aantal nieuwe gebruikers van slaapmiddelen is opnieuw afgenomen. De afgelopen jaren was er bovendien een stijgende lijn in het percentage patiënten dat slaapmiddelen voor maximaal 20 dagen kreeg voorgeschreven en afgeleverd. In het vierde kwartaal van 2024 is dit percentage echter duidelijk gedaald, van 66,0% in 2023 naar 63,2% in 2024.

De NHG-Standaard *Slaapproblemen* (2024) beveelt aan om medicamenteuze behandeling van slapeloosheid alleen in uitzonderingsgevallen te overwegen. Het advies is dan maximaal vijf tot tien tabletten van een kortwerkend slaapmiddel in een zo laag mogelijke dosering voor een zo kort mogelijke periode en bij voorkeur voor intermitterend of zo nodig gebruik. Het langdurig voorschrijven van slaapmiddelen is om meerdere redenen niet gewenst. Het effect van slaapmiddelen neemt al na twee weken af. Bovendien kan afhankelijkheid en gewenning optreden, waardoor het moeilijk kan zijn om het gebruik te stoppen. Slaapmiddelen kennen diverse bijwerkingen waaronder slaperigheid overdag. Dit kan gevolgen hebben voor het functioneren en kan ook leiden tot een verhoogd risico op fouten tijdens verkeersdeelname. Bij (kwetsbare) ouderen kan het gebruik van slaapmiddelen leiden tot cognitieve achteruitgang en een verhoogd valrisico.

Volgens de bevindingen in het rapport *Zorg door de huisarts* van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn neemt het percentage patiënten dat een of meer benzodiazepine(n) kreeg voorgeschreven al jaren geleidelijk af. In 2018 was dit percentage 4,5%⁵, in 2024 3,7%. Dit is in overeenstemming met de uitkomsten van de MVH. Het rapport van het Nivel geeft geen informatie over de duur van het gebruik⁶.

De cijfers in deze themarapportage zijn gebaseerd op afleverdata van apotheken. De data geven daarom alleen een indicatie van het aantal dagen dat de patiënt over slaapmiddelen kan beschikken. Het is niet bekend of patiënten de voorgeschreven slaapmiddelen daadwerkelijk gebruikten. De afleverdata geven geen informatie over de indicatie voor het slaapmiddel. Benzodiazepinen hebben ook een beperkte plaats in de onderhoudsbehandeling van sociale angststoornissen en paniekstoornissen. Bovendien krijgen patiënten die starten met antidepressiva soms kortdurend benzodiazepinen voorgeschreven om initieel toenemende angst op te vangen. Bij laatstgenoemde indicatie gaat het echter ook om gebruik voor maximaal twee tot vier weken en bovendien betreft het vaak andere (anxiolytische) benzodiazepinen.

⁵ Heins M, Bes J, Weesie Y et al. *Zorg door de huisarts*, Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022. . Utrecht: Nivel, juni 2023.

⁶ Terpstra N, Heins M, Weesie Y et al. *Zorg door de huisarts*, Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2024 en trendcijfers 2020-2024. Utrecht: Nivel, juni 2025.

Aandacht voor het terughoudend voorschrijven van slaapmiddelen blijft belangrijk, zeker nu het percentage kortdurend gebruik is afgenomen. Het is daarom wenselijk dat huisartsen en apothekers duidelijke voorlichting geven aan patiënten over de korte duur van het effect, de potentiële bijwerkingen en de grote kans op gewenning en afhankelijkheid. Daarnaast is het belangrijk dat de huisarts afspraken maakt met een patiënt over de behandelduur. Bovendien kan de huisarts met de praktijkassistente en de apotheker afspreken dat patiënten voor het aanvragen van een herhaalrecept altijd een spreekuurafpraak moeten maken.



3. Chronisch gebruik antidepressiva

Conclusie en aanbevelingen

Sinds 2020 is het percentage patiënten dat antidepressiva korter dan 24 maanden gebruikt geleidelijk gedaald, van 61,4% in de tweede helft van 2020 naar 60,1% in dezelfde periode in 2024. Apothekers kunnen langdurige gebruikers van antidepressiva opsporen via de online rapportage van deze themarapportage. Huisartsen kunnen patiënten die langdurig antidepressiva gebruiken actief uitnodigen voor een gesprek over afbouwen of het onderwerp agenderen tijdens een controleafspraak.

Het percentage langdurig gebruikers van antidepressiva blijft stijgen

De NHG-Standaarden *Depressie* (2024) en *Angst* (2025) adviseren voor antidepressiva een behandelduur van minimaal zes tot twaalf maanden na remissie. Deze indicator geeft het percentage patiënten weer dat antidepressiva korter dan 24 maanden gebruikt. Dit percentage daalt sinds 2020 geleidelijk en deze trend zette zich voort in 2024. Er was opnieuw een lichte daling, van 60,5% in de tweede helft van 2023 naar 60,1% in de overeenkomstige periode in 2024 (tabel 3.1). Dat betekent dat een groter deel van de patiënten antidepressiva langer dan de aanbevolen maximale behandelduur gebruikte.

Tabel 3.1 Het percentage patiënten dat antidepressiva korter dan 24 maanden gebruikt

Periode	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2e helft 2019	63,0%	50,7-71,2%
2e helft 2020	61,4%	47,5-70,5%
2e helft 2021	61,0%	48,5-71,6%
2e helft 2022	60,9%	49,9-71,2%
2e helft 2023	60,5%	50,0-70,4%
2e helft 2024	60,1%	46,8-70,0%

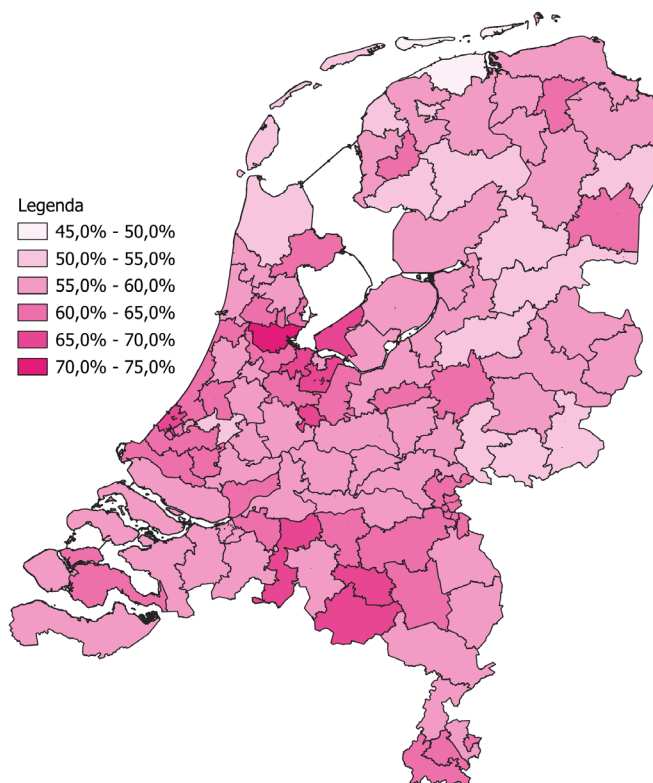
* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

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

Het absolute aantal gebruikers van antidepressiva bedroeg in de tweede helft van 2024 652.000. Daarvan gebruikten 392.000 patiënten het antidepressivum korter dan 24 maanden. In 2023 ging het om respectievelijk 635.000 en 384.000 gebruikers.

Figuur 3.1 geeft de regionale verschillen weer. De regio's met meer langdurig gebruik lagen vooral in de Achterhoek en in het noorden van Nederland, zoals de kop van Noord-Holland, Friesland en Drenthe. Grote steden scoren in het algemeen goed op deze indicator.

Figuur 3.1. Percentage gebruikers van antidepressiva in de tweede helft van 2024 dat antidepressiva korter dan 24 maanden heeft gebruikt.



Beschouwing

Ook in 2024 daalde het percentage patiënten dat antidepressiva korter dan 24 maanden gebruikte. Deze daling is al een aantal jaren gaande. Ten opzichte van 2019 bedraagt de daling bijna drie procentpunten, namelijk van 63,0% in de tweede helft van 2019 naar 60,1% in dezelfde periode in 2024.

De NHG-Standaard *Depressie* (2024) beveelt bij een goede respons op antidepressiva een behandelduur van minimaal zes maanden aan en bij een recidief depressie van minimaal een jaar. De NHG-Standaard *Angst* (2025) beveelt na remissie een minimale behandelduur van zes tot twaalf maanden aan. In sommige situaties kan de arts, in overleg met de patiënt, besluiten het antidepressivum niet te staken. Een voorbeeld hiervan is terugvalpreventie bij patiënten met eerdere ernstige, persisterende depressies. De data waarop dit rapport gebaseerd is, geven geen informatie over de reden van voorschrijven en overwegingen voor langdurig gebruik. Patiënten onder behandeling van een psychiater of een andere medisch specialist zijn uitgesloten.

Het aantal gebruikers van antidepressiva stijgt al jaren⁷. De bevindingen uit de meest recente Monitor mentale gezondheid kunnen dit mogelijk (deels) verklaren. De monitor toont dat de mentale gezondheid al langere tijd achteruitgaat bij een aantal groepen. Het gaat dan vooral om adolescenten, jongvolwassenen en vrouwen. Het rapport benoemt een aantal mogelijke oorzaken waaronder een toenemende prestatie- en geluksdruk, groeiende maatschappelijke onzekerheden en de toenemende aandacht voor mentale gezondheid. De monitor geeft geen informatie over het gebruik van psychofarmaca⁸. De achteruitgang in de mentale gezondheid bij bepaalde groepen verklaart echter niet per se de toename van het langdurig gebruik van antidepressiva. Dit blijkt ook in andere landen gaande, onder andere in België⁹. Ook een zeer recente studie in Australië toonde een vergelijkbaar beeld. Daar steeg tussen 2014 en 2023 het langdurig gebruik van antidepressiva van 61,4 naar 65,7%. De onderzoekers definieerden langdurig gebruik als gebruik langer dan 365 dagen¹⁰.

De NHG-Standaard *Depressie* (2024) adviseert huisartsen om met herstelde patiënten het afbouwen van antidepressiva te bespreken en aandacht te besteden aan begeleiding bij afbouwen en stoppen. Het is daarnaast belangrijk dat de huisarts ook bij patiënten die een onderhoudsbehandeling gebruiken ten minste jaarlijks de behandeling evalueert en daarbij ook afbouwen als gespreksonderwerp agendeert. Na een (gezamenlijk) besluit tot afbouwen is goede begeleiding van de patiënt gewenst. Zorgprofessionals kunnen daarbij gebruik maken van de multidisciplinaire documenten *Afbouwen SSRI's & SNRI's* (2018) of *Afbouwen Overige Antidepressiva* (2023).

Het is belangrijk dat huisartsen en apothekers weten welke patiënten langdurig antidepressiva gebruiken. Apothekers die zijn aangesloten bij de SFK, kunnen langdurige gebruikers van antidepressiva opsporen via de online rapportage van deze themarapportage.

⁷ Zorginstituut Nederland. GIPdatabank.nl. Het aantal gebruikers van antidepressiva, 2003 - 2024.

⁸ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Monitor mentale gezondheid. Landelijke rapportage 2025.

⁹ IMA-AIM. Antidepressiva in België. <https://ima-aim.be/Antidepressiva-in-Belgie>

¹⁰ Ranwala RADLMK, Roughhead EE, Calabretto J-P, Andrade AQ. Increasing Prevalence of Long-Term Antidepressant Use in Australia: A Retrospective Observational Study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2025;34(11):e70267.



4. Chronisch gebruik protonpompremmers

Conclusie en aanbevelingen

In Nederland gebruikten ruim 1,5 miljoen mensen in de tweede helft van 2024 een protonpompremmer (PPI) zonder indicatie voor maagbescherming. Van hen gebruikte slechts 40% de PPI maximaal zes maanden. Dit percentage is gedaald ten opzichte van 2023. In een aantal regio's in Friesland en Groningen ging het zelfs om minder dan 35% van de gebruikers. Het merendeel van deze gebruikers heeft waarschijnlijk geen indicatie (meer) voor een PPI. Chronisch gebruik kan ernstige bijwerkingen veroorzaken en leidt bovendien tot hogere zorgkosten. Apothekers en huisartsen kunnen langdurige gebruikers van PPI's in kaart brengen en nagaan of zij nog een indicatie hebben voor het gebruik van de PPI. De huisarts kan patiënten bij wie geen indicatie meer bestaat uitnodigen voor een gesprek over afbouwen.

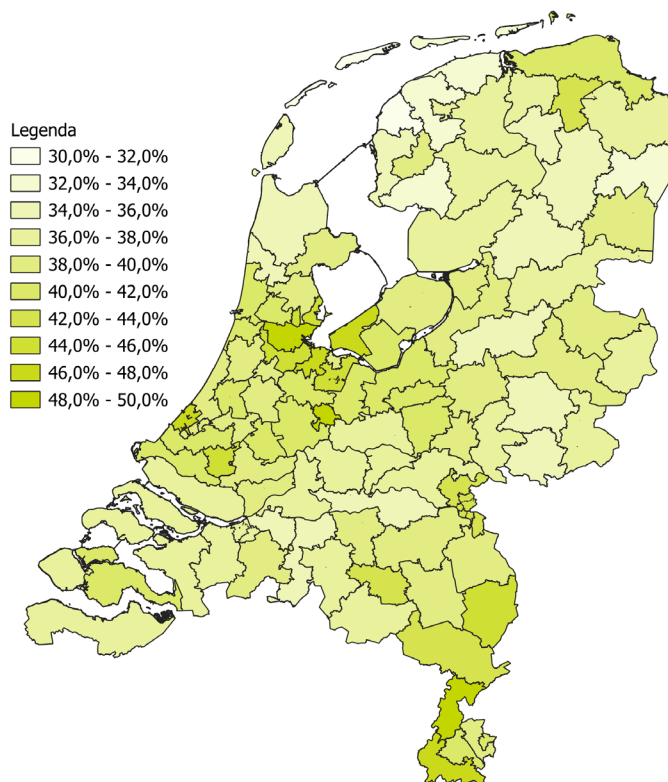
Bij 60% van de PPI-gebruikers is sprake van chronisch gebruik

Artsen schrijven PPI's voor ter preventie van maagcomplicaties door geneesmiddelgebruik en als behandeling van maagklachten. De aanbevolen behandelduur bij maagklachten is maximaal vier weken. Deze indicator geeft weer hoeveel volwassen patiënten mogelijk onnodig lang een PPI krijgen voorgeschreven. Het gaat dan om patiënten die PPI's meer dan 180 dagen gebruiken en geen indicatie voor maagbescherming hebben.

In de tweede helft van 2023 gebruikten 1.719.000 patiënten een PPI zonder indicatie voor maagbescherming, in de overeenkomstige periode in 2024 waren dat er 1.749.000. Het percentage patiënten dat een PPI maximaal 180 dagen gebruikte daalde van 40,6% in 2023 naar 40,2% in 2024.

Figuur 4.1 toont de regionale verschillen. De scores geven aan hoeveel procent van de patiënten in de desbetreffende regio een PPI niet langer dan 180 dagen gebruikte. De scores liepen uiteen van 31,7% tot 48,6%. Zes regio's scoorden 46% of hoger. Het ging dan vooral om grote(re) steden. De laagst scorende regio's (score lager dan 34%) lagen in Friesland en Groningen.

Figuur 4.1. Percentage gebruikers van protonpompremmers met een gebruiksduur korter dan zes maanden in de tweede helft van 2024.



Beschouwing

De indicator laat een stijging zien van het aantal patiënten dat een PPI langer gebruikt dan aanbevolen voor de behandeling van maagklachten. Patiënten met bepaalde comedicaatie, waaronder NSAID's en laaggedoseerde salicylaten, en een hogere leeftijd (ouder dan 60 jaar) die een PPI gebruiken als maagbescherming zijn zoveel mogelijk uitgesloten.

De NHG-Standaard *Maagklachten* (2025) adviseert bij maagklachten in eerste instantie leefstijlaanpassingen. Indien dit onvoldoende verbetering geeft, is bij een eerste episode van maagklachten een antacidum of mucosaprotectivum geïndiceerd. Heeft dat onvoldoende effect? Dan kan de arts een PPI starten, maar pas na een voorafgaande *H.pylori*-test. Belangrijk is dat de arts bij de start van de PPI met de patiënt bespreekt dat het gebruik in principe voor maximaal vier weken is.

Het Verbetersignalement *Zinnige Zorg Maagklachten* (2021) beschrijft een onderzoek in huisartsendossiers waaruit blijkt dat bij 56% van de eerste PPI-recepten geen geregistreerde indicatie voor maagklachten bestond en geen risicofactoren voor maagcomplicaties aanwezig waren. Ook gebruikte 31 tot 36% van de patiënten met maagklachten, dyspepsie, gastritis of ulcuslijden een PPI langer dan de aanbevolen behandelduur. Bij patiënten met non-erosieve refluxziekte en hernia diafragmatica lagen de percentages nog hoger, namelijk respectievelijk 41 en 66%. Bij een tijdelijke indicatie, zoals maagbescherming bij gebruik van bepaalde geneesmiddelen, werd de PPI vaak niet gestopt als de indicatie vervallen was. Bovendien hanteren voorschrijvers regelmatig niet het step-up beleid, waarbij PPI's stap 3 zijn in de behandeling, na antacida en H2-antagonisten^{11 12}.

PPI's worden gebruikt bij maagklachten, maar zijn ook als maagbescherming bij enkele patiëntengroepen geïndiceerd. Aanbevelingen hiervoor zijn opgenomen in de NHG-Behandelrichtlijn *Preventie van maagcomplicaties door geneesmiddelgebruik* (2021). Deze indicator brengt het aantal patiënten met een PPI zonder indicatie voor maagbescherming in beeld. Het werkelijk aantal gebruikers van PPI's ligt daarom veel hoger. Bovendien kunnen patiënten omeprazol en pantoprazol ook zelf aanschaffen bij de drogist.

Chronisch gebruik van PPI's kan (ernstige) bijwerkingen hebben, zoals maag-darminfecties, kolonisatie met multiresistente bacteriën, ijzer- en vitamine B12-deficienties, maagcarcinoom, een verhoogd fractuurrisico en nierschade. Chronisch gebruik leidt tot extra kosten en kan bovendien mogelijke interacties hebben met comedicaatie. Ook kan het stoppen met PPI's na langdurig gebruik lastig zijn door het optreden van reboundklachten. Er is slechts een beperkt aantal indicaties voor chronisch gebruik van PPI's, namelijk:

- Zollinger-ellisonsyndroom
- Barrettoesofagus
- Oesofagitis graad C of D

¹¹ volgens de NHG-Standaard Maagklachten (2025) zijn H2-antagonisten geen standaard onderdeel meer van het stappenplan vanwege de hogere kosten en slechtere beschikbaarheid; bij goede ervaringen van de patiënt in het verleden kan de huisarts H2-antagonisten nog wel voorschrijven

¹² Zorginstituut Nederland. Zinnige zorg - Verbetersignalement Maagklachten. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2021.

De NHG-Standaard *Maagklachten* (2025) geeft diverse aandachtspunten ter preventie van chronisch gebruik van PPI's, zoals

- op elk nieuw recept voor een PPI aangeven of het om een indicatie voor chronisch gebruik gaat
- in samenwerking met de apotheker periodiek bij de chronische gebruikers nagaan of er nog een indicatie voor PPI-gebruik is
- bij onterecht chronisch PPI-gebruik de patiënt uitnodigen voor een afbouw poging

Afbouwen van PPI's is succesvol bij 70% van de chronische gebruikers: 30% stopt volledig met het gebruik, 40% vermindert het PPI-gebruik. Er zijn vooralsnog geen patiëntkenmerken die voorspellen of de afbouw van een PPI succesvol kan zijn¹³.

¹³ Farmacotherapeutisch Kompas. Maagklachten. Diemen: FK, 2025.



5. Hormonale anticonceptie

Conclusie en aanbevelingen

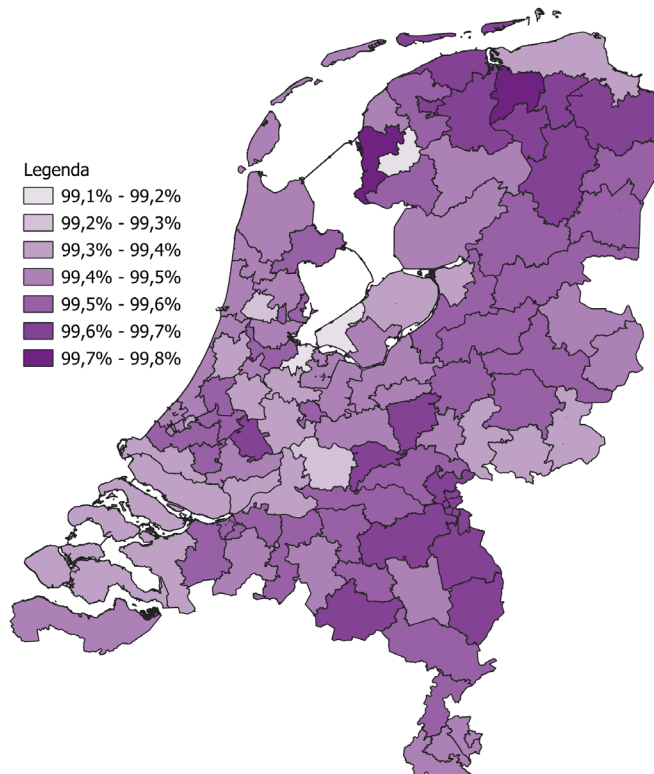
In 2024 gebruikten bijna 16.500 vrouwen ouder dan 52 jaar hormonale anticonceptie. Het NHG adviseert vanaf 52 jaar het gebruik van hormonale anticonceptie te stoppen vanwege een toenemend risico op veneuze trombo-embolie, ischemische hart- en vaatziekten en borstkanker. Apothekers en huisartsen kunnen samenwerkingsafspraken maken over wie wanneer voorlichting geeft over hormonale anticonceptie aan vrouwen van 52 jaar en ouder.

Aanzienlijk aantal vrouwen gebruikt hormonale anticonceptie langer dan aanbevolen

De NHG-Standaard *Anticonceptie* (2023) geeft als algemeen advies om op de leeftijd van 52 jaar te stoppen met hormonale anticonceptie. Deze indicator brengt vrouwen in kaart die boven de aanbevolen leeftijd van 52 jaar nog hormonale anticonceptie gebruiken. In 2024 kregen 3.290.000 vrouwen ouder dan 52 jaar minimaal één receptgeneesmiddel afgeleverd. Net als in 2023 ging het bij 0,5% van deze vrouwen om hormonale anticonceptie. In absolute zin gaat het om bijna 16.500 vrouwen.

Figuur 5.1 laat de regionale verschillen zien. Deze verschillen waren heel klein. In de laagst scorende regio had 99,1% van de medicatiegebruiksters ouder dan 52 jaar geen hormonaal anticonceptivum, in de hoogst scorende regio's 99,7%. De hoogst scorende regio's (donker in de figuur) lagen vooral in de meest noordelijke provincies van Nederland.

Figuur 5.1. Percentage medicatie gebruiksters ouder dan 52 jaar zonder gebruik van hormonale anticonceptie in 2024.



Beschouwing

De NHG-Standaard *Anticonceptie* (2023) geeft als algemeen advies om op de leeftijd van 52 jaar te stoppen met hormonale anticonceptie (inclusief de hormoonspiraal). Dit advies is gebaseerd op diverse overwegingen:

- de leeftijd waarop vrouwen de menopauze bereiken is gemiddeld 51,6 jaar¹⁴, maar bij gebruik van hormonale anticonceptie is de menopauze niet vast te stellen
- de kans om zwanger te raken is op 52-jarige leeftijd zeer klein
- gebruik van hormonale anticonceptie kan het risico op veneuze trombo-embolie, ischemische hart- en vaatziekten en borstkanker licht verhogen, maar met het ouder worden neemt het absolute risico daarop ook toe

Bij overgangsklachten gaat de voorkeur uit naar hormoontherapie omdat hormoontherapie naar verwachting een gunstiger veiligheidsprofiel heeft dan hormonale anticonceptie.

De NHG-Standaard *Anticonceptie* (2023) adviseert dat huisartsen en apothekers samenwerkingsafspraken maken, omdat herhaalvoorschriften voor hormonale anticonceptiva volledig via de apotheek lopen. In deze afspraken kunnen zij vastleggen wie het gebruik van hormonale anticonceptie bij vrouwen van 52 jaar en ouder signaleert en wie wanneer informatie geeft over het stoppen met anticonceptie vanaf de leeftijd van 52 jaar.

¹⁴ Barnhoorn PC, Kurver MJ, Van der Wijden CL. Anticonceptie. Ned Tijdschr Geneeskd 2021;165:D5829.



Afsluitend

Deze themarapportage beschrijft vijf indicatoren die een beeld geven van het langdurig gebruik van vijf geneesmiddelengroepen. Voor vier van de vijf geneesmiddelengroepen zijn kennisdocumenten beschikbaar behorend bij de Module *Minderen en stoppen van medicatie* (2020). Voor alle indicatoren geldt dat een lager percentage betekent dat meer patiënten de middelen langer dan de aanbevolen maximale behandelduur gebruiken. Alle indicatoren, behalve de indicator over hormonale anticonceptie, laten een daling zien in 2024 ten opzichte van het jaar ervoor. De verschillen ten opzichte van voorgaande jaren zijn in het algemeen klein en er zijn geen uitspraken mogelijk over klinische relevantie van de verschillen.

De mate waarin huisartsen de adviezen uit de NHG-Standaarden opvolgen verschilt per indicator. Vooral de indicatoren voor chronisch gebruik van PPI's en voor urologische spasmolytica bij ouderen, scoren laag. Bij de PPI's is voor slechts 40% van de patiënten de behandelduur minder dan zes maanden bij gebruikers zonder indicatie voor maagbescherming. Bij de urologische spasmolytica geldt dat circa 50% van de patiënten de medicatie niet langer gebruikt dan twaalf maanden, zoals aanbevolen in de vigerende NHG-Standaarden. Bij de antidepressiva en de slaapmiddelen is bij zo'n 60% van de patiënten de behandelduur conform de aanbevelingen in de NHG-Standaarden. Bij de hormonale anticonceptiva is procentueel niet veel winst meer te boeken. Echter, in absolute zin gaat het om 16.500 vrouwen ouder dan 52 jaar die nog hormonale anticonceptie gebruiken.

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. Zo ontbreken bijvoorbeeld gegevens over de indicatie voor het geneesmiddel, de ernst van de aandoening en het uitvoeren van stoppogingen.

De themarapportage is bedoeld om apothekers en huisartsen te ondersteunen bij het maken van afspraken over minderen en stoppen van de geneesmiddelen die in deze themarapportage zijn besproken. 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 minderen of stoppen van een geneesmiddel. Op de website van het IVM staan praktische materialen over het minderen en stoppen 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. Het is echter wel bekend dat patiënten een deel van de verstrekte geneesmiddelen niet gebruiken. Daardoor kunnen de indicatoren het gebruik overschatten. Voor de PPI's kan het gebruik juist onderschat zijn, omdat patiënten deze ook bij de drogist kunnen kopen. Bovendien brengt de indicator alleen PPI-gebruik anders dan als maagbeschermer in beeld.

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

- Voor het merendeel van de geneesmiddelen in deze rapportage geldt dat het geen voorkeursbehandeling is. Vaak worden eerst niet-medicamenteuze behandelopties aanbevolen. Wijk als huisarts alleen in uitzonderingsgevallen af van de aanbevelingen in vigerende richtlijnen.
- Bespreek bij een eerste voorschrift van een geneesmiddel uit deze themarapportage met de patiënt dat het gebruik van tijdelijke aard is en plan bijvoorbeeld bij de urologische spasmolytica direct een proefstop in.
- Vermeld als huisarts op een recept waar mogelijk een beoogde stopdatum.
- Evalueer regelmatig het geneesmiddelgebruik met de patiënt en bespreek de voor- en nadelen van stoppen of continueren van medicatie. Neem in samenspraak met de patiënt het besluit om de medicatie te stoppen of te continueren.
- Ga na hoe onbedoeld langdurig gebruik van geneesmiddelen is te voorkomen, bijvoorbeeld in het proces van het aanvragen van herhaalrecepten binnen de huisartspraktijk en door middel van goede samenwerkingsafspraken met de apotheek.
- Agendeer de onderwerpen die behandeld zijn in deze themarapportage voor een FTO-bijeenkomst en maak afspraken over het voorkomen en de aanpak van langdurig gebruik van geneesmiddelen. Het IVM biedt FTO-modules over alle in dit rapport behandelde onderwerpen.

- Patiënten blijken urologische spasmolytica en PPI's vaak langer dan de aanbevolen behandelduur te gebruiken. Bespreek met deze patiënten de mogelijkheid van een proefstop om te beoordelen of de klachten zonder medicatie wegblijven.
- Vermeld bij een PPI als maagbeschermer op het recept dat deze gestopt mag worden als de risicomedicatie stopt.
- Overweeg het voorschrijven van slaapmiddelen alleen bij patiënten met kortdurende slapeloosheid met een duidelijke oorzaak en een hoge lijdensdruk. Geef de patiënt voorlichting over de voor- en nadelen van slaapmedicatie en stel met de patiënt het doel van de behandeling en de behandelduur – zo kort mogelijk – vast. Kies voor een kortwerkende benzodiazepineagonist en intermitterend gebruik en schrijf bij voorkeur eenmalig voor.
- Bespreek met patiënten die antidepressiva langer dan 24 maanden gebruiken de mogelijkheid om antidepressiva af te bouwen.
- Ga ten aanzien van de begeleiding van patiënten tijdens de afbouw van antidepressiva na in welke mate de taken verdeeld kunnen worden tussen de huisarts, POH, praktijkverpleegkundige en apotheker.

Aanbevelingen voor eerstelijnszorggroepen

- Ga aan de hand van de regionale scores na welke verbeterpunten er in de regio spelen en maak afspraken over verbetering van die punten.
- Maak gebruik van of initieer lokale of regionale projecten met betrekking tot de afbouw van deze en andere geneesmiddelgroepen.
- Betrek waar mogelijk ook de voorschrijvers en apothekers in het ziekenhuis.

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS en zorgverzekeraars

- Onderzoek en adresseer welke barrières huisartsen en apothekers ervaren in het minderen en stoppen van deze en andere geneesmiddelgroepen.
- Investeer in een blijvende monitoring van het voorschrijven van slaapmiddelen.
- Stimuleer regionale multidisciplinaire samenwerking op dit vlak.
- Stimuleer en faciliteer dat voorschrijvers en apothekers zich bekwamen in het begeleiden van patiënten bij het minderen en stoppen van medicatie.



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

Niet overschrijden van aanbevolen behandelduur urologische spasmolytica

Populatie	Patiënten van 70 jaar of ouder, exclusief passanten
Noemer	Aantal patiënten van 70 jaar of ouder met een aflevering van urologische spasmolytica
Teller	Aantal patiënten uit de noemer met de aanbevolen gebruiksduur van urologische spasmolytica
Aanbevolen gebruiksduur	Een gebruik van maximaal 365 dagen totaal in de rapportageperiode en de voorgaande 12 maanden op basis van 'afleveringen 18 maanden'.
Rapportageperiode	Zes maanden
Medicatie	Urologische spasmolytica: GO4BD
Gebaseerd op	NHG-Standaard <i>Mictieklachten bij mannen</i> (2024) en NHG-Standaard <i>Incontinentie voor urine bij vrouwen</i> (2015)

Geen langdurig gebruik van slaapmiddelen

Populatie	Patiënten van 18 jaar of ouder, exclusief passanten
Noemer	Aantal nieuwe gebruikers van slaapmiddelen op recept van de huisarts
Teller	Aantal patiënten uit de noemer zonder langdurig gebruik
Nieuwe gebruiker op recept van de huisarts	Nieuwe gebruikers hebben tenminste één aflevering in de rapportageperiode zonder dat er in de voorafgaande 12 maanden een aflevering van de geneesmiddelgroep 'slaapmiddelen' is geweest. Tevens is bij de aflevering een eerste uitgifte tarief vastgelegd. De eerste uitgifte wordt bepaald met behulp van alle afleveringen, dus ook de afleveringen van specialisten. Vervolgens tellen alleen nieuwe gebruikers door de huisarts mee.
Langdurig gebruik	Gebruik van minimaal 21 dagen in totaal in de rapportageperiode op basis van 'afleveringen' in de rapportageperiode
Rapportageperiode	Drie maanden
Medicatie	Slaapmiddelen: N05CD + N05CF (hypnotica en sedativa) met toedieningsweg 9 (oraal)
Gebaseerd op	NHG-Standaard <i>Slaapproblemen</i> (2024)

Geen chronisch gebruik van antidepressiva

Populatie	Patiënten van 18 jaar of ouder, exclusief passanten
Noemer	Aantal patiënten met minimaal één aflevering van een SSRI of overige antidepressiva in de rapportageperiode op recept van de huisarts
Teller	Aantal patiënten uit de noemer waarvan het totale gebruik niet langer dan 24 maanden is geweest
Rapportageperiode	Zes maanden
Medicatie	SSRI: N06AB Overige antidepressiva: N06AX, met uitzondering van N06AX21
Gebaseerd op	NHG-Standaard <i>Depressie</i> (2024)

Geen chronisch gebruik PPI's

Populatie	Patiënten van 18 jaar of ouder, exclusief passanten
Noemer	Patiënten met minimaal 1 aflevering voor PPI's in de rapportageperiode zonder indicatie voor maagbescherming
Teller	Patiënten uit de noemer van wie het totaal gebruik in de afgelopen 7 maanden niet langer dan 180 dagen is geweest
Rapportageperiode	Zes maanden
Indicatie voor maagbescherming	Patiënten van 71 jaar en ouder met een gebruik van een ns-NSAID Patiënten van 61 tot en met 70 jaar met gebruik van een ns-NSAID en met gelijktijdig gebruik van risicomedicatie bij NSAID of met co-morbiditeit Patiënten van 81 jaar en ouder met een gebruik van TAR of COXib Patiënten van 71 tot en met 80 jaar met een gebruik van TAR of COXib en risicomedicatie bij TAR
Medicatie	Protonpompremmers (PPI): A02BC Ns-NSAIDs (zonder COXibs) met overige middelen zonder injecties: M01A (Niet-steroïde anti-inflammatoire en antireumatische middelen) zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559 en zonder M01AX05, M01AX12, M01AX21, M01AX24, M01AX25, M01AX26 en zonder M01AH (COXibs) TAR of COXib: B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatiepreparaten), M01AH (COXibs) Risicomedicatie bij NSAID: Antistollende medicatie: B01AC06 (ASA), B01AC08 (carbasalaatcalcium), B01AC30 (combinatiepreparaten), B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (Cangrelor), PRK 124575 (clopidogrel combi), B01AE07 (dabigatran), B01AF (directe factor Xa remmers), B01AB (heparine) Vitamine K-antagonisten: B01AA Corticosteroiden: H02AB zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559 SSRI's en gerelateerde: N06AB en G04BX14 (SSRI's), N06AX16 (venlafaxine), N06AX05 (trazodon), N06AX21 (duloxetine) Overige: C03DA01 (Spironolacton)

Medicatie (vervolg)	<p>Risicomedicatie bij TAR of COXib: Ns-NSAIDs (zonder COXibs) met overige middelen zonder injecties: M01A (Niet-steroïde anti-inflammatoire en antireumatische middelen) zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559 en zonder M01AX05, M01AX12, M01AX21, M01AX24, M01AX25, M01AX26 en zonder M01AH (COXibs) Antistollende medicatie: B01AC04 (clopidogrel), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor), B01AC25 (cangrelor), PRK 124575 (clopidogrel combi), B01AE07 (dabigatran), B01AF (Directe remmers van factor Xa), B01AB (heparine) Vitamine K-antagonisten: B01AA Corticosteroiden: H02AB zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559 SSRI's en gerelateerde middelen: N06AB, G04BX14 (SSRI's), N06AX16 (venlafaxine), N06AX05 (trazodon), N06AX21 (duloxetine) Overige: C03DA01 (spironolacton)</p> <p>Reuma: L04AK01, A07EC01, P01BA02, L04AB, L04AA24, L01FA01, L04AC03, L04AC14, L04AC07, L04AF Antidiabetica: A10 Lisdiuretica: C03CA RAS-remmer: C09</p>
Gebaseerd op	NHG-Standaard <i>Maagklachten</i> (2025)

Geen hormonale anticonceptie na 52 jaar

Populatie	Patiënten van 18 jaar of ouder, exclusief passanten
Noemer	Vrouwen ouder dan 52 jaar met minimaal 1 aflevering voor een receptgeneesmiddel in de afgelopen 2 jaar
Teller	Aantal vrouwen ouder dan 52 jaar zonder aflevering van 'hormonale anticonceptie'
Rapportageperiode	Twaalf maanden
Medicatie	Hormonale anticonceptiva: G03A (orale anticonceptiva), G03HB (oestrogeen+cyproteron), G02BB01 (vaginale ring met oestrogeen en progestageen)
Gebaseerd op	NHG-Standaard Anticonceptie (2023)

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 1.921 en 1.927 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.

Volg ons ook op www.ivm.nl

Op social media    



Via onze **nieuwsbrief**

Scan de QR-code
voor aanmelding