Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Themarapportage

Medicatieveiligheid

Monitor Voorschrijven Huisartsen 2024

Colofon

Auteurs:
Rob Essink, apotheker MPH
Boris Seijkens, apotheker
Anke Lambooij, apotheker

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

14-01-2026

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

Samenvatting 4

Inleiding 5

1. Medicatieveiligheid bij medicatie met valrisico 6

2. Medicatieveiligheid bij hart- of nierfalen 11

3. De veiligheid van antitrombotische behandeling 14

Afsluitend 20

Methodologie 22

Samenvatting

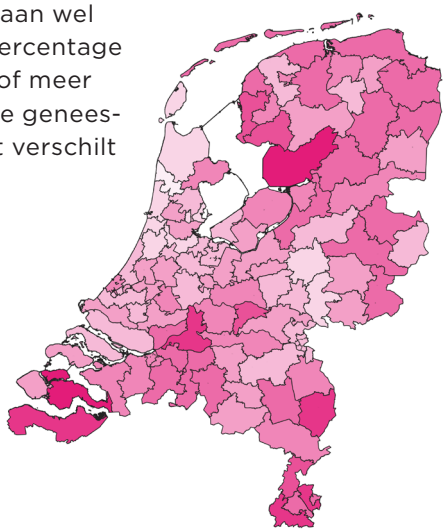
Monitor Voorschrijven Huisartsen

Themarapportage Medicatieveiligheid 2024

Geneesmiddelen kunnen naast het beoogde effect, ook nadelige consequenties hebben met soms verstrekkende gevolgen. In deze themarapportage kijken we naar het gebruik van valrisicoverhogende middelen bij ouderen, antitrombotica en NSAID's bij hart- of nierfalen.

Steeds minder 80-plussers gebruiken meerdere valrisico-verhogende geneesmiddelgroepen naast elkaar. Dit percentage is **gedaald** van **24,8%** in 2019 naar **20,9%** in 2024.

Tussen regio's bestaan wel verschillen in het percentage 80-plussers met 2 of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen. Dit verschilt van 17,4 tot 25,0%.



In 2024 gebruikten ruim 80.000 mensen een **combinatie van RAS-remmer, diuretica en NSAID** op recept. Dit kan leiden tot **acute verergering van hart- of nierfalen**.

Omdat NSAID's ook vrij verkrijgbaar zijn, is dit aantal een onderschatting.

Het percentage patiënten dat langer dan 30 dagen drie antitrombotica naast elkaar gebruikt is **sinds 2019** gehalveerd, van **0,22%** naar **0,11%** van alle gebruikers van antitrombotica. Dit is in lijn met nieuwe Europese richtlijn die adviseert hooguit 30 dagen triple therapie voor te schrijven.

Aanbevelingen

- Blijf alert op het gebruik van valrisicoverhogende middelen bij ouderen.
- Geef voorlichting aan patiënten met hart- of nierfalen over de risico's van het gebruik van NSAID's.
- Zorg voor een goede overdracht van de beoogde therapieduur van (combinaties van) antitrombotica tussen voorschrijvers onderling en met apothekers.

De Monitor Voorschrijven Huisartsen brengt het voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart op basis van apotheekgegevens via SFK. Dit project is gefinancierd door het ministerie van VWS.

Inleiding

Voor u ligt de themarapportage Medicatieveiligheid van de Monitor Voorschrijven Huisartsen (MVH). Deze themarapportage beschrijft landelijke en regionale trends in het voorschrijfgedrag. De beschrijving van de trends is bedoeld voor het evalueren of inzetten van nationaal of regionaal beleid.

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.

Medicatieveiligheid

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

De indicatoren in de themarapportage medicatieveiligheid betreffen de onderwerpen afbouwen medicatie bij valrisico, het vermijden van NSAID's bij hart- of nierfalen en het beperken van te langdurig gebruik van meerdere antitrombotica tegelijkertijd. De indicatoren zijn gebaseerd op in Nederland geldende behandelrichtlijnen en landelijke onderzoeken, waaronder het HARM-Wrestling rapport (2008) en het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid (2017).

De indicatoren zijn berekend op basis van voorschriften van huisartsen en medisch specialisten, dus op alle aan de patiënt voorgeschreven geneesmiddelen.

1. Medicatieveiligheid bij medicatie met valrisico

Conclusies en aanbevelingen

Het percentage 80-plussers met geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen is sinds 2019 gedaald. Gezien het nog steeds hoge percentage ouderen dat meerdere valrisicoverhogende geneesmiddelen gebruikt en met het oog op de verwachte forse toename van het aantal ouderen, blijft het zinvol prioriteit te geven aan opsporing van patiënten met een verhoogd valrisico, het uitvoeren van medicatiebeoordelingen en, waar nodig, minderen of stoppen van valrisicoverhogende medicatie.

Gebruik valrisicoverhogende geneesmiddelen daalt

Jaarlijks vallen zo'n één miljoen 65-plussers in Nederland[1]. Geneesmiddelgebruik is een van de risicofactoren voor vallen bij ouderen. Valrisicoverhogende geneesmiddelen zijn vooral psychofarmaca, cardiovasculaire medicatie en pijnstillers, maar ook geneesmiddelen met bijvoorbeeld een glucoseverlagende werking[2]. Hoe hoger de leeftijd en hoe meer van dit soort geneesmiddelen een oudere naast elkaar gebruikt, hoe groter is de kans op vallen.

In 2024 gebruikten bijna 788.000 patiënten van 80 jaar en ouder minimaal één geneesmiddel. Van hen gebruikten ruim 164.000 patiënten (20,9%) geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen (tabel 1.1).

Tabel 1.1 Percentage patiënten (≥ 80 jaar) met geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen ten opzichte van alle gebruikers van medicatie*

Jaar	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	24,8%	21,1 - 33,9%
2020	24,2%	21,3 - 32,4%
2021	23,7%	21,1 - 29,8%
2022	23,1%	20,2 - 27,4%
2023	21,5%	18,4 - 25,7%
2024	20,9%	17,4 – 25,0%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

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

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

[2] Richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen* (2025), zie richtlijnendatabase.nl

Uit tabel 1.1 volgt dat het percentage gebruikers van medicatie uit twee of meer valrisicoverhogende medicatiegroepen sinds 2019 elk jaar daalt. Tabel 1.2 toont de verdeling van deze gebruikers naar het aantal valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen in de afgelopen zes jaar. Uit deze tabel volgt dat voorschrijvers over de hele linie terughoudender zijn geworden in het voorschrijven van valrisicoverhogende medicatie bij ouderen. De daling zien we zowel bij de gebruikers die geneesmiddelen uit twee, drie of vier of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen gebruiken.

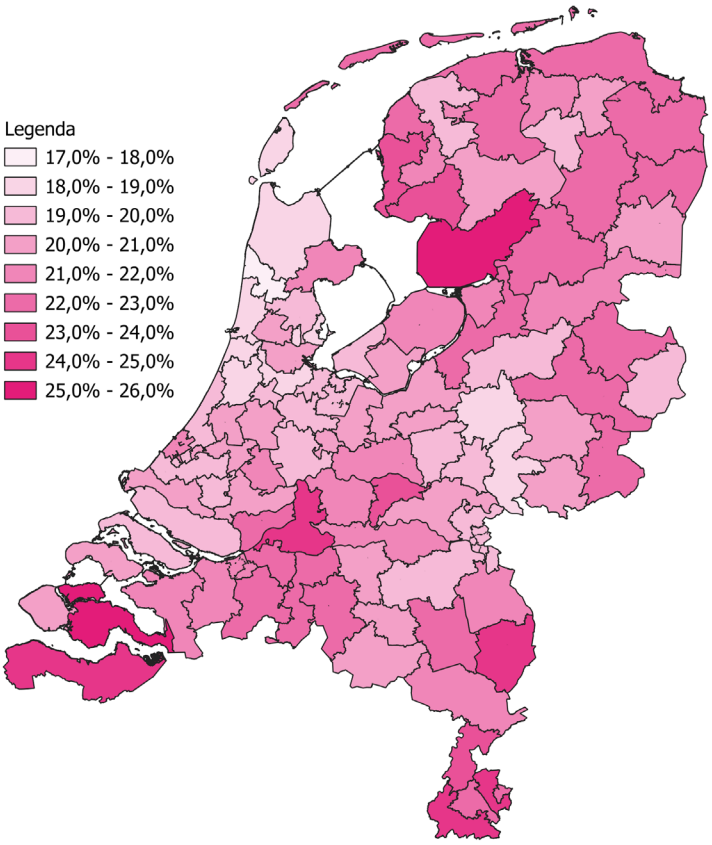
Tabel 1.2 Patiënten (≥80 jaar) ingedeeld naar gebruik geneesmiddelen uit aantal valrisicoverhogende geneesmiddelmiddelgroepen*

Jaar	Aantal valrisicoverhogende groepen							
	≤ 1		2		3		≥ 4	
2019	75,2%	66,1 - 78,9%	16,3%	14,1 - 25,3%	5,8%	4,1 - 8,2%	2,4%	1,5 - 4,0%
2020	75,8%	67,6 - 78,7%	15,9%	13,8 - 23,9%	5,7%	4,5 - 7,7%	2,3%	1,6 – 3,4%
2021	76,3%	70,2 - 78,9%	15,8%	13,5 - 25,2%	5,6%	4,4 - 8,8%	2,3%	1,4 - 3,9%
2022	76,9%	72,6 - 79,8%	15,4%	11,9 – 23,1%	5,3%	4,1 – 8,4%	2,2%	1,5 – 3,6%
2023	78,5%	74,3 – 81,6%	15,0%	11,1 – 22,1%	4,8%	3,9 – 8,1%	1,7%	1,1 – 3,5%
2024	79,1%	75,0 – 82,6%	14,5%	11,4 - 25,2%	4,7%	4,1 – 8,8%	1,7%	1,5 – 3,5%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie
** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Het kaartje op de volgende pagina geeft voor de geneesmiddelgebruikers van 80 jaar of ouder weer welk percentage van hen geneesmiddelen gebruikt uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen (figuur 1.1). Hoe donkerder de kleur, hoe meer gebruikers van twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen.

Figuur 1.1. Percentage patiënten (≥ 80 jaar) met minimaal twee valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen ten opzichte van alle gebruikers van medicatie in 2024.



In de afgelopen jaren is het percentage 80-plussers met geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen gedaald: van 24,8% in 2019, via 23,1% in 2022 naar 20,9% in 2024. In lijn daarmee toont het kaartje een forse afname ten opzichte van voorgaande jaren van het aantal regio's met 24% of meer gebruikers met geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende groepen: van 57 van de 90 regio's in 2019, via 32 van de 90 regio's in 2022 naar 7 van de 90 regio's in 2024. In 2024 ging het om de regio's Zeeuws-Vlaanderen, Bevelanden, de Noordoostpolder/Kop van Overijssel, Gorinchem, Venlo en delen van Zuid-Limburg.

Beschouwing

Jaarlijks vallen zo'n één miljoen 65-plussers. In 2024 moesten 119.000 65-plussers na een val voor behandeling naar de SEH. Het aantal SEH-bezoeken als gevolg van een valongeval stijgt met de leeftijd van 1.500 per 100.000 inwoners in de leeftijdsklasse 65-69 jaar tot 8.500 per 100.000 bij 85-plussers. Naar verwachting zal door de vergrijzing het aantal valongevallen de komende jaren fors stijgen. Dat betekent dat meer ouderen

ernstig letsel oplopen en tijdelijk of permanent in een verpleeghuis moeten verblijven. Daardoor zal de druk op het zorgpersoneel toenemen. Bovendien zal de stijging van het aantal valongevallen leiden tot een stijging aan zorgkosten als gevolg van valongevallen van 1,5 miljard in 2024 naar 5 miljard in 2050[3].

Gemeenten en zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol in het terugdringen van het aantal valincidenten. Zij zijn verantwoordelijk voor het inrichten van de Ketenaanpak Valpreventie voor ouderen van 65 jaar en ouder met een valrisico[4]. Ook apothekers en huisartsen hebben hierin een taak. Geneesmiddelgebruik is volgens de richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen (2025)* een van de risicofactoren voor vallen bij ouderen. Het betreft dan vooral psychofarmaca, cardiovasculaire medicatie en pijnstillers, maar ook om geneesmiddelen met bijvoorbeeld een glucoseverlagende werking. Bij ouderen met een verhoogd valrisico beveelt de richtlijn een multifactoriële valrisicobeoordeling aan, gevolgd door een multifactoriële interventie gericht op de geïdentificeerde valrisicofactoren. Deze interventie moet ten minste één beweegcomponent bevatten. Ook kan de valrisicobeoordeling aanleiding geven tot afbouw van psychofarmaca en/of overweging van afbouw van cardiovasculaire medicatie.

Uit de themarapportage volgt dat huisartsen en apothekers de afgelopen jaren succesvol zijn geweest in het verlagen van het percentage geneesmiddelgebruikers van 80 en jaar en ouder met medicatie uit twee of meer valrisicoverhogende groepen: van 24,8% in 2019 naar 20,9% in 2024. Hierbij zien we een daling over de hele linie. Dus bij ouderen die geneesmiddelen uit twee, drie of vier of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen gebruiken. De percentages zijn echter nog steeds dusdanig hoog dat aandacht noodzakelijk blijft, bijvoorbeeld door middel van medicatiebeoordelingen. Het is belangrijk hierbij te benadrukken dat de hier beschreven cijfers gebaseerd zijn op geneesmiddelgroepen en niet op individuele geneesmiddelen. Dit kan tot een onderschatting van het probleem leiden omdat patiënten meerdere geneesmiddelen uit één groep kunnen gebruiken.

Het zal niet bij alle patiënten mogelijk zijn om alle valrisicoverhogende geneesmiddelen te vermijden. De themarapportage geeft geen inzicht in welke medicatie al is geëvalueerd bij ouderen, maar waarbij de voordelen van doorgebruik opwegen tegen het verhoogd valrisico en andere bijwerkingen.

[3] VeiligheidNL. Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2024 (www.veiligheid.nl)
[4] VeiligheidNL. Ketenaanpak Valpreventie (www.veiligheid.nl)

Ook uit het in 2025 gepubliceerde onderzoek[5] naar de implementatie van de aanbevelingen uit het HARM-wrestling rapport (2008) en het Vervolgonderzoek medicatieveiligheid (2017) volgt dat de aanbevelingen die zijn gedaan om het aantal valincidenten te verminderen slecht zijn geïmplementeerd. De onderzoekers komen met de volgende aanbevelingen:

- Schrijf valgevaarlijke geneesmiddelen bij risicogroepen alleen op strikte indicatie voor.
- Schrijf valgevaarlijke geneesmiddelen niet te lang voor: periodiek beoordelen door middel van consulten door behandelaar.
- Zorg dat oudere patiënten die vallen in aanmerking komen voor een multifactoriële interventie.
- Gebruik de stopbrief bij chronisch gebruik van benzodiazepines. Indien stoppen niet mogelijk is, probeer te komen tot een doseringsreductie van 50%.

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

2. Medicatieveiligheid bij hart- of nierfalen

Conclusies en aanbevelingen

Gelijktijdig gebruik van NSAID's, RAS-remmers en diuretica verhoogt het risico op verslechtering van hartfalen of nierfunctie. Het percentage patiënten met hart- of nierfalen dat naast een RAS-remmer en een diureticum ook een NSAID op recept gebruikt is de afgelopen jaren licht gedaald van 11,5 naar 9,8%. De verwachting is dat dit percentage niet veel meer zal dalen. Huisartsen zijn terughoudend in het voorschrijven van NSAID's bij patiënten met hart- of nierfalen. Deze percentages geven alleen een indicatie van het gebruik op recept en een deel van de vrije verkoop via apotheken. Ze zijn een onderschatting van het werkelijke optreden van dit risicovolle gebruik, omdat patiënten NSAID's ook kunnen aanschaffen bij bijvoorbeeld drogisten, supermarkten en benzinestations. Extra aandacht voor voorlichting aan deze patiëntengroep blijft noodzakelijk.

Huisartsen terughoudend in voorschrijven NSAID's bij hart- of nierfalen

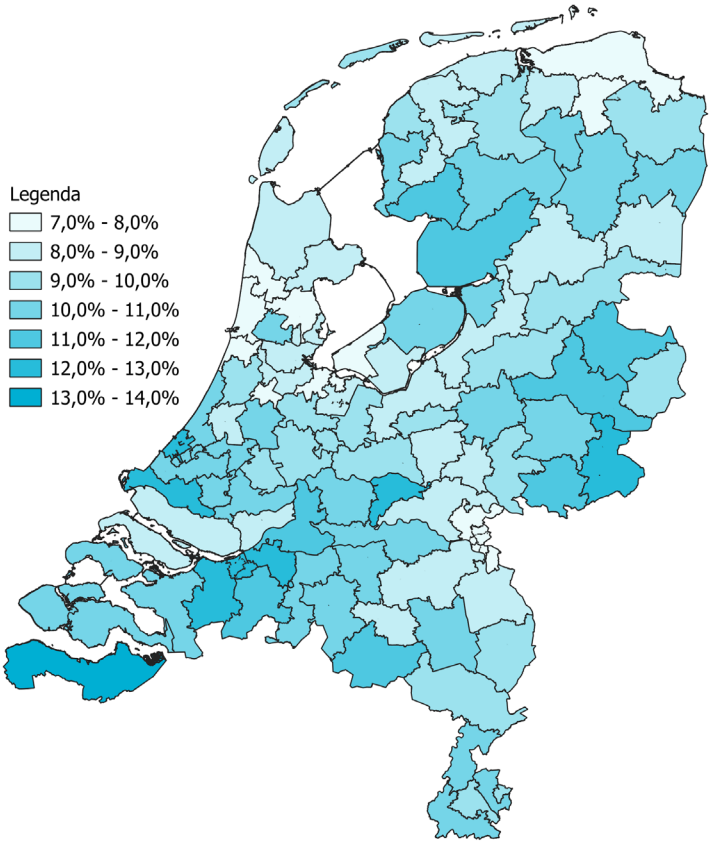
In 2024 gebruikten bijna 815.000 mensen een RAS-remmer én een diureticum voor hartfalen of bij nierfalen. Van hen gebruikte ruim 80.000 (9,8%) minimaal 14 dagen gelijktijdig een NSAID waardoor het hart- of nierfalen kon verergeren. Dit percentage is lager dan het percentage in de afgelopen jaren, zie tabel 2.1.

Tabel 2.1 Percentage patiënten met hart- of nierfalen dat niet gelijktijdig minimaal 14 dagen een NSAID gebruikt*

Jaar	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	11,5%	8,8 - 16,4%
2020	10,6%	8,0 - 14,6%
2021	10,5%	8,2 – 14,2%
2022	10,5%	7,8 – 14,5%
2023	10,1%	7.1 – 14,2%
2024	9,8%	7,6 – 14,0%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk *Methodologie*
** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Figuur 2.1. Patiënten met hart- of nierfalen die gelijktijdig minimaal 14 dagen een NSAID gebruiken in 2024.



Figuur 2.1 toont de mate waarin gelijktijdig gebruik van NSAID's door patiënten met een RAS-remmer en een diureticum wordt vermeden. Hoe lichter een regio kleurt des te geringer is het gelijktijdig gebruik. De verschillen tussen de regio's zijn klein en er zijn geen opvallende verschuivingen ten opzichte van afgelopen jaren. De laagst scorende regio's in 2024 zijn Zeeuws-Vlaanderen, Oost-Achterhoek, Den Haag en de Betuwe.

Beschouwing

De NHG-Standaard *Pijn* (2024) beveelt NSAID's aan bij stap 2 van het medicamenteuze stappenplan. Gebruik van NSAID's kan leiden tot verminderde doorbloeding van de nier en tot natrium- en waterretentie. Hierdoor kan hartfalen verergeren. Het grootste deel van de patiënten met hartfalen gebruikt een RAS-remmer in combinatie met een diureticum. NSAID's kunnen daarnaast de werking van diuretica en RAS-remmers nadelig beïnvloeden (KNMP Kennisbank). Volgens de NHG-Standaard *Hartfalen* (2025) vallen NSAID's onder de geneesmiddelen die artsen bij voorkeur moeten vermij-

den bij patiënten met hartfalen. Bij ernstig hartfalen geldt voor NSAID's een absolute contra-indicatie. De NHG-Standaard *Chronische nierschade* (2018) beschrijft dat bij gebruik van nefrotoxische geneesmiddelen, zoals NSAID's, een acute verslechtering van de nierfunctie kan optreden. Bij patiënten met een al verminderde nierfunctie is de kans op acute nierschade veel groter. Daarom zijn deze geneesmiddelen gecontra-indiceerd.

Uit het in 2025 gepubliceerde onderzoek[6] naar de implementatie van de aanbevelingen uit het HARM-wrestling rapport (2008) en het Vervolgonderzoek medicatieveiligheid (2017) volgt dat huisartsen terughoudend zijn in het voorschrijven van NSAID's bij patiënten met hart- en nierfalen. En dat daarmee de HARM-wrestling aanbevelingen op dit gebied uit 2008 goed zijn geïmplementeerd.

Uit deze themarapportage volgt ook dat huisartsen steeds beter de aanbevelingen op dit gebied volgen. Het percentage gebruikers van RAS-remmers/diuretica dat daarnaast een NSAID krijgt voorgeschreven is lager dan in 2019. Het is gedaald van 11,5% naar 9,8%.

Een belangrijk punt van zorg is dat NSAID's ook zonder recept verkrijgbaar zijn. Dat betekent dat de indicator slechts een deel van het probleem in beeld brengt. Uit onderzoek blijkt dat 30% van de mensen een of meer NSAID's gebruikt zonder recept[7]. Voorlichting geven aan patiënten met hart- en/of nierfalen over de gevaren van NSAID-gebruik is dus uitermate belangrijk. Dit is een taak voor voorschrijvers en apothekers maar dus ook voor drogisten en voor andere verkooppunten van NSAID's. Huisartsen en apothekers kunnen dit onderwerp agenderen voor het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO).

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

[7] Koffeman AR, et all. High-risk of over-the-counter- non steroidal anti-inflammatory drugs: a population-based cross sectional study. Br J Gen Pract. 2014 Apr;64(621):e191-8

3. De veiligheid van antitrombotische behandeling

Conclusies en aanbevelingen

Het gelijktijdig gebruik van meerdere middelen die de bloedstolling remmen (antitrombotica) is soms kortdurend gewenst, maar brengt een extra risico op bloedingen met zich mee. Steeds minder patiënten krijgen 30 dagen of langer triple therapie (=duale antiplaatjestherapie met een oraal anticoagulans). Dit aantal is tussen 2019 en 2024 ongeveer gehalveerd. De aanbevolen behandelduur van triple therapie is in Europese richtlijnen ingekort naar maximaal een maand, deze aanbeveling lijkt grotendeels geïmplementeerd. Het percentage patiënten dat duale antiplaatjestherapie (DAPT) langer dan de aanbevolen standaardtermijn van 12 maanden gebruikt is in de afgelopen jaren niet gewijzigd.

Zowel voor de triple als duale therapiegebruikers geldt dat een deel van de gebruikers deze middelen langer dan aanbevolen gebruikt en dus daardoor een verhoogd bloedingsrisico heeft. Heldere communicatie tussen zorgprofessionals over de beoogde behandelduur is onontbeerlijk. Ook is het belangrijk patiënten bij wie de maximaal aanbevolen behandelduur is verstreken op te sporen, bijvoorbeeld met behulp van Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFBs).

Artsen schrijven triple therapie in lijn met de nieuwe richtlijn korter voor

Het gebruik van drie antitrombotica tegelijk is bij sommige patiënten nodig, maar in de regel is de beoogde gebruiksduur van triple therapie beperkt. Het aantal gebruikers van triple therapie (een salicylaat, een P2Y12-remmer én een anticoagulans naast elkaar) die deze 30 dagen of langer gebruikt, neemt de afgelopen jaren aanmerkelijk af van 4.100 (0,22% van de gebruikers van antitrombotica) in 2019 naar ruim 2.100 (0,11% van de gebruikers van antitrombotica) in 2024, zie tabel 3.1. Aan deze aantallen is duidelijk te zien dat voorschrijvers de huidige richtlijn hebben geïmplementeerd, die adviseert om triple therapie voor een kortere periode voor te schrijven.

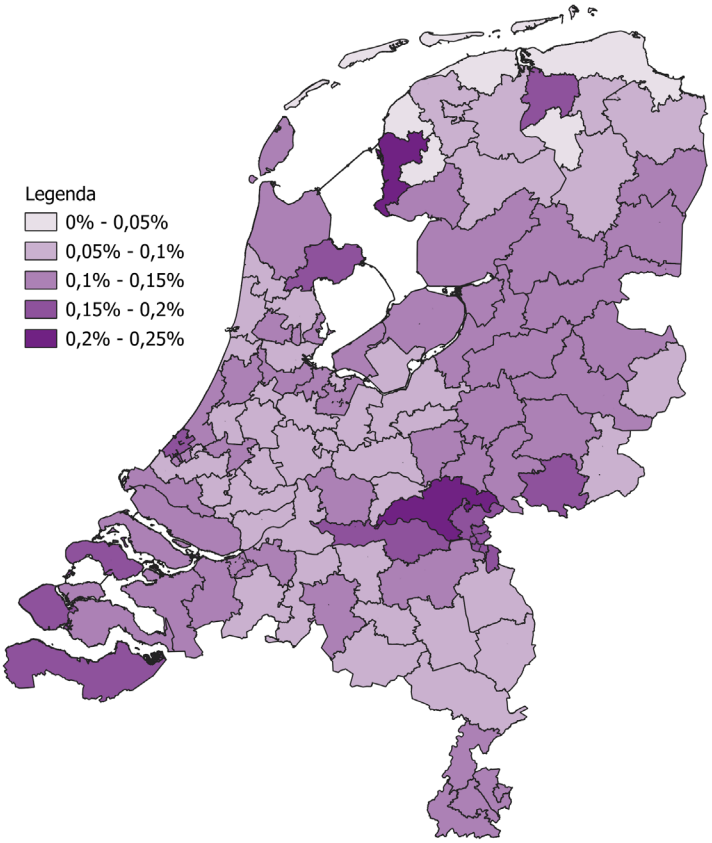
Tabel 3.1 Gebruik van triple therapie 30 dagen of langer ten opzichte van alle gebruikers van antitrombotica in de jaren 2019 tot en met 2024*

Jaar	% gebruikers triple therapie 30 dagen of langer	Regionale spreiding**
2019	0,22%	0,05 – 0,39%
2020	0,19%	0,03 – 0,39%
2021	0,15%	0,03 – 0,34%
2022	0,13%	0,02 – 0,30%
2023	0,11%	0,04 – 0,25%
2024	0,11%	0,02 – 0,23%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie
** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Het kaartje hieronder geeft het percentage triple therapie gebruikers weer die deze 30 dagen of langer gebruikt ten opzichte van alle gebruikers van antitrombotica (figuur 3.1). Opgemerkt moet worden dat het aantal triple therapie gebruikers per postcodegebied dat deze therapie 30 dagen of langer gebruikt erg klein is. Deze varieert van een enkele tot meer dan 80 gebruikers per postcodegebied. Hoe donkerder de regio hoe meer triple therapie gebruikers deze therapie 30 dagen of langer gebruiken. Met name in de regio's het westelijk deel van Friesland en Gelderland-Zuid/de Betuwe komt in 2024 gebruik van triple therapie langer dan 30 dagen relatief vaak voor. Dit zijn andere regio's dan de afgelopen jaren.

Figuur 3.1 Percentage patiënten met triple therapie 30 dagen of langer ten opzichte van alle patiënten met triple therapie in 2024.



Vermijden duale therapie langer dan 12 maanden

In de periode 2019-2024 bedraagt het aantal gebruikers van trombocytenaggregatieremmers rond de 1,2 miljoen gebruikers per jaar. Het percentage van deze gebruikers dat 30 dagen of langer een salicylaat én een P2Y12-remmer tegelijkertijd gebruikt (duale therapie), is in deze periode gedaald van 9,4% in 2019 naar 7,6% in 2024, zie tabel 3.2.

Tabel 3.2 Gebruik duale therapie van 30 dagen of langer ten opzichte van alle gebruikers van trombocytenaggregatieremmers in de jaren 2019 tot en met 2014*

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

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie
** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

De meeste duale therapie gebruikers stoppen binnen in de richtlijn geadviseerde aanbevolen termijn van 12 maanden. Een klein deel van deze gebruikers slikt de duale therapie langer. Dit percentage verandert weinig tot niets in de jaren 2019 tot en met 2024 en schommelt in deze jaren rond iets meer dan 6%, zie tabel 3.3.

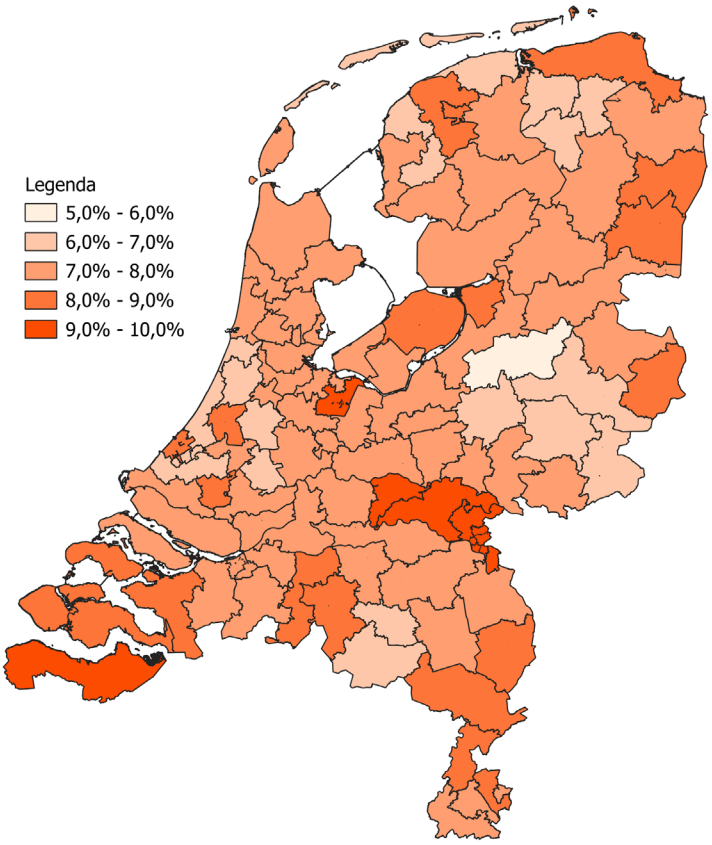
Tabel 3.3 Gebruiksduur van duale therapie ten opzichte van alle gebruikers van duale therapie in de jaren 2019 tot en met 2024*

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

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie
** Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

Figuur 3.2 geeft per 2-cijferig postcodegebied het percentage gebruikers van duale therapie langer dan 12 maanden ten opzichte van alle patiënten met duale therapie weer. In de regio's Nijmegen, Gelderland-Zuid, de Betuwe en Zeeuws-Vlaanderen is in 2024 het gebruik van duale therapie langer dan 12 maanden het hoogst, namelijk tussen de 9 en 10%. Ook in 2023 hoorden deze regio's met uitzondering van Zeeuws-Vlaanderen tot de regio's met het hoogste percentage duale therapie gebruikers die deze middelen langer dan 12 maanden naast elkaar gebruiken.

Figuur 3.2. Percentage patiënten met duale therapie trombocytenaggregatieremmers langer dan 12 maanden ten opzichte van alle patiënten met duale therapie in 2024.



Beschouwing

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

De standaardduur van DAPT na cardiologische ingrepen is 12 maanden. Bij een hoog bloedingsrisico kan deze worden verkort tot een, drie of zes maanden, afhankelijk van het risico op bloedingen of nieuwe infarcten. De aanbevolen behandelduur van triple therapie met antitrombotica is in 2023 teruggebracht van een maand tot maximaal zes maanden naar een week tot een maand.

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

Ook wat betreft het gebruik van DAPT lijkt nog steeds ruimte voor verbetering. Al jaren gebruikt ongeveer 6% van de DAPT-gebruikers deze langer dan de geadviseerde 12 maanden in de richtlijnen. Het ontbreekt aan data om te duiden of al deze patiënten inderdaad een verhoogd risico op recidieven van hun hartaandoening hebben, of dat een deel van hen onterecht lang doorgaat met gebruik.

De LTA *Antistollingszorg* (2022) benadrukt het belang van communicatie over de verwachte behandelduur door de initiële voorschrijver. Die dient de verwachte behandelduur te vermelden in ontslagbrieven en hierover ook duidelijk te communiceren als de patiënt wordt overgedragen naar de eerste lijn. Het is bovendien gewenst voor elk antitromboticum de stopdatum en bij voorkeur ook de indicatie op recepten te vermelden. Vanzelfsprekend moeten huisartsen en apothekers deze informatie overnemen in respectievelijk het HIS en AIS. Zowel bij duale therapie als bij triple therapie verdient het de aanbeveling om na te gaan of er patiënten zijn die langer dan noodzakelijk de combinatie van antitrombotica gebruiken. Apothekers kunnen hiervoor gebruik maken van de MFB's *Triple-therapie: Combinatie van antitrombotica* en *Dubbel-therapie: Combinatie van antitrombotica*.

Uit het in 2025 gepubliceerde onderzoek[8] naar de implementatie van de aanbevelingen uit het HARM-wrestling rapport (2008) en het Vervolgonderzoek medicatieveiligheid (2017) volgt ook dat antitromboticagebruikers regelmatig te lang deze middelen gebruiken en dat de eerdergenoemde aanbevelingen uit de LTA *Antistollingszorg* matig zijn geïmplementeerd.

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

Afsluitend

De themarapportage beschrijft aanknopingspunten om de medicatieveiligheid te bevorderen. Het betreft de volgende onderwerpen:

- het afbouwen van valrisicoverhogende geneesmiddelen bij bejaarden van 80 en ouder
- het vermijden van NSAID's bij hart- of nierfalen
- het beperken van te langdurig gebruik van meerdere antitrombotica naast elkaar.

De regionale variatie helpt bij het opsporen van regio's waar met gerichte interventies mogelijk verbeteringen op deze gebieden zijn te realiseren. Dat kan bijvoorbeeld via regionale samenwerkingsverbanden, zoals zorggroepen. De apotheker kan de lokale cijfers en patiëntenlijsten opvragen via de online webrapportage van SFK. Deze patiëntenlijsten kunnen helpen bij het opsporen van patiënten van 80 jaar en ouder die door medicatie een verhoogd valrisico hebben, van patiënten die NSAID's bij hart- of nierfalen krijgen voorgeschreven en van patiënten die te lang meerdere antitrombotica naast elkaar gebruiken. Op de website van het IVM staan voor huisartsen en apothekers praktische materialen over vallen en medicatiegebruik, en het stoppen en minderen van geneesmiddelen.

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

Methodologische voorbehouden

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

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

- Spoor ouderen op met een verhoogd valrisico, voer medicatiebeoordelingen uit en, waar nodig, verminder of stop het gebruik van valrisicoverhogende medicatie.
- Geef voorlichting aan patiënten met hart- of nierfalen over de risico's van het gebruik van NSAID's.
- Spoor patiënten op die (mogelijk) te lang duale of triple therapie gebruiken.

Aanbevelingen voor regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden

- Maak afspraken over het opsporen en begeleiden van ouderen met een verhoogd valrisico. Betrek hierin de verschillende beroepsgroepen, zoals huisartsen, POH, apothekers, fysiotherapeuten en wijkverpleging.
- Overleg met de cardiologen in het ziekenhuis over het belang van het delen van de indicatie en de therapieduur met zowel de huisarts als de apotheker bij het overdragen van de patiënt naar de eerste lijn.

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS en zorgverzekeraars

- Blijf projecten stimuleren die het valrisico van ouderen verlagen.
- Zorg dat huisartsen en apothekers een kostendekkende vergoeding krijgen voor de (extra) inspanningen die ze doen om het valrisico te verlagen.
- Beperk – gezien het grote risico op schade bij het gebruik van NSAIDs bij hart- of nierfalen – de vrije verkoop van NSAID's tot plaatsen waar ook kennis over deze geneesmiddelen aanwezig is. Dus de apotheek en de drogist. Verplicht de apotheek en drogist ook om patiënten actief voor te lichten over de risico's van NSAID's.
- Zorg ervoor dat een goede gegevensuitwisseling over indicatie en therapieduur van geneesmiddelen mogelijk is tussen de tweede en eerste lijn. Ga dus door in de ingeslagen weg met de ontwikkeling van informatiestandaard Medicatieproces 9 en de implementatie van deze standaard in de diversie informatiesystemen van de zorgprofessionals.

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

Beperkt gebruik valrisicoverhogende medicatie

Populatie	Patiënten van 80 jaar of ouder, exclusief passanten
Noemer	Aantal gebruikers van 80 jaar of ouder met één of meer receptplichtige geneesmiddelen in de laatste drie maanden, voorgeschreven door de huisarts.
Teller	Aantal patiënten uit de noemer zonder twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen.
Rapportageperiode	12 maanden
Valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen	Benzodiazepines: N05BA, N05CD, N05CF Antidepressiva: N06A Antipsychotica: N05A Opioïden: N02A Anti-epileptica: N03 Diuretica: C03A, C03B, C03C, C03EA, C07B, C07CB03, C08G, C09BA, C09BX01, C09BX03, C09DA, C9DX01, C09DX03, C09DX06 en C09DX07 en C09XA52 Centraal werkende antihypertensiva: C02A Vasodilatoren: C01D Alfablokkers voor hypertensie: C02CA Alfablokkers voor prostaatklachten: G04CA Sederende antihistaminica: R06AA, R06AB, R06AD Middelen voor urge-incontinentie: G04BD

Vermijden van NSAID-gebruik bij hart- of nierfalen

Noemer	Aantal gebruikers met gelijktijdig gebruik van minstens 14 dagen van diuretica en RAS-remmers
Teller	Aantal patiënten uit de noemer zonder gelijktijdig gebruik van minstens drie dagen van NSAID, diureticum en RAS-remmer
Rapportageperiode	12 maanden
Medicatie	Diuretica: C03A, C03B, C03C, C03EA, C07B, C07CB03, C08G, C09BA, C09BX01, C09BX03, C09DA, C9DX01, C09DX03, C09DX06 en C09DX07 en C09XA52 RAS-remmers: C09 NSAIDs: M01A zonder de farmaceutische vormen 18, 21, 44, 76, 79, 82, 83, 174, 550, 551, 552, 559

Vermijden van duale therapie langer dan 12 maanden

Noemer	Aantal gebruikers van salicylaat en/of P2Y12-remmer in de laatste 12 maanden
Teller	Aantal patiënten uit de noemer zonder gelijktijdig gebruik van minstens 30 dagen van salicylaat en P2Y12-remmer
Subgroepen	1. Gelijktijdig gebruik van salicylaat en P2Y12-remmer > 12 maanden 2. Gelijktijdig gebruik van salicylaat en P2Y12-remmer ≤ 12 maanden
Rapportage-periode	12 maanden
Medicatie	Salicylaat: B01AC06, B01AC08, B01AC30 P2Y12-remmer: B01AC04, B01AC22, B01AC24, B01AC25, PRK 124575

Vermijden van triple therapie langer dan zes maanden

Noemer	Aantal gebruikers van salicylaat en/of P2Y12-remmer en/of anticoagulantia in de laatste 12 maanden
Teller	Aantal patiënten uit de noemer zonder gelijktijdig gebruik van minstens 30 dagen van salicylaat en P2Y12-remmer en anticoagulans
Rapportageperiode	12 maanden
Medicatie	Salicylaat: B01AC06, B01AC08, B01AC30 P2Y12-remmer: B01AC04, B01AC22, B01AC24, B01AC25, PRK 124575 Anticoagulans:B01AA, B01AE07, B01AF

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 1.849 en 1.918 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