

Instituut Verantwoord Medicijngebruik



Themarapportage

Medicatieveiligheid

Monitor Voorschrijven Huisartsen 2022

Colofon

Auteurs

dr. Linda Kok, arts, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Anke Lambooi, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
dr. Joost de Metz, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

drs. Fabiënne Griens, Stichting Farmaceutische Kengetallen
Fatima Tarrahi, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik

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



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	6
1. Medicatieveiligheid bij medicatie met valrisico	8
2. Medicatieveiligheid bij hart- of nierfalen	12
3. De veiligheid van antitrombotische behandeling	15
Afsluitend	20
Methodologie	22

Samenvatting

Voor u ligt de themarapportage Medicatieveiligheid van de Monitor Voorschrijven Huisartsen (MVH). Deze themarapportage beschrijft de landelijke en regionale trends bij het voorschrijven van geneesmiddelgroepen die in verband worden gebracht met risico's voor de medicatieveiligheid. Het betreft 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 tegelijk. Het rapport beslaat de jaren 2019 tot en met 2022, met een nadruk op 2022.

Valrisicoverhogende middelen

Het percentage 80-plussers met geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen toont een lichte daling sinds 2019, maar met ruim 169.000 gebruikers is het aantal nog steeds hoog. De vergrijzing zal in de komende decennia naar verwachting gepaard gaan met een forse toename van het aantal valongevallen onder ouderen. Het is daarom belangrijk voldoende aandacht te blijven houden voor het beperken van het gebruik van valrisicoverhogende medicatie.

NSAID's bij hart- en nierfalen

Het percentage patiënten met hart- of nierfalen dat een NSAID gebruikt schommelt al enkele jaren rond de 10,5%. Dit percentage onderschat het werkelijke probleem omdat NSAID's ook zonder recept verkrijgbaar zijn. Gebruik van NSAID's kan bestaand hartfalen verergeren en bij patiënten met een verminderde nierfunctie leiden tot acuut nierfalen. Het vermijden van NSAID-gebruik door deze groepen patiënten vraagt om adequate signalering maar ook om duidelijke communicatie over de gevaren van NSAID-gebruik.

Antitrombotica

Het percentage gebruikers van duale therapie met antitrombotica langer dan 12 maanden is in 2022 licht gestegen ten opzichte van 2021 en ligt ruim een procentpunt hoger dan in 2019. Het aantal gebruikers van tripletherapie langer dan zes maanden is in 2022 gering en vergelijkbaar met 2021. Wegens het risico op bloedingen bij gebruik van antitrombotica dienen voorschrijvers en apothekers alert te zijn op de gebruiksduur van duale en triple therapie. Een heldere communicatie over de verwachte gebruiksduur en stopdatum zijn daarbij onontbeerlijk.

Aanbevelingen

Voor alle indicatoren is er in meer of mindere mate ruimte voor verbetering. Dit kan op regionaal niveau per indicator verschillen. De MVH biedt de mogelijkheid om aan de hand van de regionale scores te bepalen welke verbeterpunten er in de regio spelen. Formuleer

op regionaal niveau afspraken om die verbeterpunten aan te pakken. Denk bijvoorbeeld aan het in kaart brengen van patiënten met valrisicoverhogende medicatie, het geven van voorlichting over het gebruik van NSAID's aan patiënten met hart- of nierfalen of het maken van afspraken over de communicatie rond de behandelduur van duale of triple therapie.

Inleiding

Voor u ligt de themarapportage Medicatieveiligheid van de Monitor Voorschrijven Huisartsen (MVH). De MVH bouwt voort op een lange traditie van publiceren van praktische spiegelinformatie voor huisartsen en apothekers door het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK).

Elk onderwerp van de Monitor bestaat uit een themarapportage en een online rapportage. Beide maken deel uit van een pilotproject waarin het IVM en de SFK samen het voorschrijfgedrag van huisartsen analyseren, beschrijven en terugkoppelen via openbaar apothekers. De pilot wordt gefinancierd door het ministerie van VWS. De pilot richt zich op vier onderwerpen: diabetesmiddelen, medicatieveiligheid, opioïden, en stoppen en minderen van medicatie.

De themarapportages beschrijven door middel van indicatoren¹ landelijke en regionale trends in het voorschrijfgedrag. De beschrijving van de trends is bedoeld voor het evalueren of inzetten van nationaal of regionaal beleid.

De online rapportages stellen (aan de SFK deelnemende) apothekers in staat om huisartsen spiegelinformatie geven over hun voorschrijfgedrag. In de online rapportage is vergelijking met landelijke cijfers en met cijfers van eerdere jaren mogelijk. Met patiëntenlijsten in de online rapportage kunnen apothekers patiënten die suboptimaal worden behandeld, opsporen.

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

Medicatieveiligheid

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

¹ De indicatoren zijn gebaseerd op Nederlandse behandelrichtlijnen. De indicatoren zijn opgesteld in samenspraak met vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en deskundigen van universiteiten. Alle indicatoren worden berekend met verstrekkinggegevens die apotheken aanleveren bij de SFK. Deze gegevens bieden een goede afspiegeling van het voorschrijven van geneesmiddelen in Nederland.

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 Nederlandse behandelrichtlijnen en landelijke onderzoeken, waaronder het HARM-Wrestling rapport en het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid.

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

Dit hoofdstuk beschrijft hoeveel patiënten van 80 jaar en ouder geneesmiddelen gebruiken uit één of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen.

Samenvatting

Het percentage 80-plussers met geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen is sinds 2019 licht gedaald. Met het oog op de verwachte forse toename van valongevallen in deze leeftijdsgroep blijft het zinvol prioriteit te geven aan opsporing van patiënten met een verhoogd valrisico, uitvoeren van medicatiebeoordelingen en, waar nodig, minderen of stoppen van valrisicoverhogende medicatie.

Richtlijnen

Ruim een miljoen mensen van 65 jaar en ouder valt minstens één keer per jaar². De richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen* (2017) noemt geneesmiddelgebruik als een van de risicofactoren voor vallen bij ouderen. Het betreft dan vooral psychofarmaca, cardiovasculaire medicatie en analgetica, maar ook om geneesmiddelen met bijvoorbeeld een hypoglycemische 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 te bevatten. Ook kan de valrisicobeoordeling aanleiding geven tot afbouw van psychofarmaca en/of overweging van afbouw van cardiovasculaire medicatie.

Resultaten

In 2022 gebruikten bijna 742.000 patiënten van 80 jaar en ouder minimaal één geneesmiddel. Van hen gebruikten ruim 169.000 patiënten (23,1%) geneesmiddelen uit twee of meer valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen (tabel 1.1).

Tabel 1.1 Percentage patiënten met geneesmiddelen uit meer dan één valrisicoverhogende geneesmiddelgroep ten opzichte van alle gebruikers van medicatie in 2022

	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%

* Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

² VeiligheidNL. Privé-valongevallen bij ouderen Cijfers valongevallen in de privésfeer 2018. VeiligheidNL, Amsterdam: 2019.

Tabel 1.2 toont de verdeling naar het aantal valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen waaruit patiënten medicatie gebruikten in de afgelopen vier jaar. Het percentage gebruikers van medicatie uit twee of meer valrisicoverhogende medicatiegroepen is sinds 2019 licht gedaald.

Tabel 1.2 Aantal valrisicoverhogende geneesmiddelgroepen waaruit patiënten van 80 jaar of ouder geneesmiddelen gebruiken per jaar*

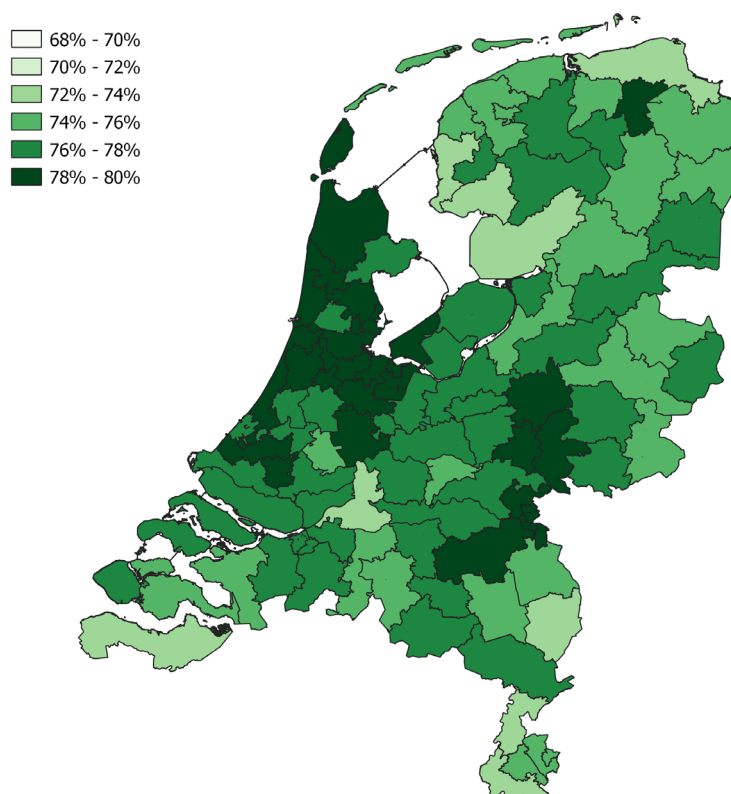
	Aantal valrisicoverhogende groepen							
	≤ 1		2		3		≥ 4	
	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	75,2%	66,1 - 78,9%	16,3%	14,1 - 25,3%	5,8%	4,1 - 8,2%	2,4%	1,5 - 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%

* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

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

Het kaartje hieronder geeft voor de geneesmiddelgebruikers van 80 jaar of ouder weer welk percentage van hen één of meer geneesmiddelen gebruikt uit maximaal één valrisicoverhogende geneesmiddelgroep (figuur 1.1).

Figuur 1.1. Aantal patiënten met maximaal één valrisicoverhogende geneesmiddelgroep ten opzichte van alle gebruikers van medicatie in 2022



In 2022 is het percentage gebruikers van geneesmiddelen uit meer dan één valrisicoverhogende geneesmiddelgroep gedaald. In lijn daarmee toont het kaartje een forse toename ten opzichte van voorgaande jaren van het aantal regio's met 78 tot 80% gebruikers met geneesmiddelen uit niet meer dan één valrisicoverhogende groep. Het gaat nu om het grootste deel van Noord-Holland, een belangrijk deel van de provincies Zuid-Holland en Utrecht, vijf regio's in het oosten van Nederland en de stad Groningen. De verschillen tussen de regio's zijn klein. Voor de laagst scorende regio's ligt het percentage tussen 72 en 74%. Hieronder vallen ook de regio's Bolsward, de Noordoostpolder, de regio Sittard-Geleen en Gorinchem, die in 2021 nog in de categorie 70 tot 72% scoorden.

Beschouwing

Het percentage gebruikers van 80 en jaar en ouder met medicatie uit twee of meer valrisicoverhogende groepen is sinds 2019 licht gedaald. De percentages zijn echter nog steeds dusdanig hoog dat aandacht noodzakelijk blijft, bijvoorbeeld door middel van medicatiebeoordelingen. Er zijn aanwijzingen dat een gestructureerde medicatiebeoordeling door een apotheker in samenwerking met de huisarts het valrisico verlaagt.

Het is belangrijk 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.

Jaarlijks komt 33% van de 65-plussers en zelfs 60% van alle 85-plussers ten val. In 2021 moesten 105.000 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 8.300 per 100.000 bij 85-plussers. Naar verwachting zal door de vergrijzing het aantal valongevallen de komende jaren fors stijgen. Onder 80-plussers wordt een toename van 150% voorspeld in de komende 25 jaar. 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 verdubbeling van de zorgkosten als gevolg van valongevallen binnen 10 jaar³. Het is daarom nodig om in te zetten op preventie van valincidenten. De afgelopen jaren zijn hiertoe al diverse initiatieven ontplooid. Zo beoogt de FARM-OP studie ouderen met een hoog valrisico op te sporen in de apotheek⁴.

³ VeiligheidNL. Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2021. Amsterdam: VeiligheidNL, 2022.

⁴ Universiteit Utrecht. FARM-OP onderzoek. Zie farm-op.sites.uu.nl.

Volgens afspraken in het coalitieakkoord van het zittende kabinet krijgen gemeenten de taak om valpreventie aan te bieden aan hun inwoners van 65 jaar en ouder. Gemeenten krijgen substantiële financiële middelen om door middel van een ketenaanpak uitvoering te geven aan deze nieuwe taak. Ook apothekers en huisartsen hebben een rol binnen de ketenaanpak. De uitkomsten van deze themarapportage geven apothekers en huisartsen inzicht of in hun regio meer aandacht voor valpreventie wenselijk is.

Aandacht voor het terugdringen van het gebruik van valrisicoverhogende medicatie blijft onverminderd noodzakelijk. De module *Minderen en stoppen van medicatie* (2020), onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) stelt dat het aanpassen, minderen of stoppen van medicatie, zeker bij kwetsbare patiënten, onderdeel is van de dagelijkse medische praktijk. Huisartsen en apothekers kunnen hieraan binnen lokale of regionale samenwerkingsafspraken aandacht besteden.

2. Medicatieveiligheid bij hart- of nierfalen

Dit hoofdstuk beschrijft het aantal patiënten met hart- of nierfalen dat NSAID's gebruikt.

Samenvatting

Het aantal patiënten met hart- of nierfalen dat ook een NSAID gebruikt schommelt al enkele jaren rond de 10,5%. Dit cijfer is een onderschatting van het werkelijke aantal, omdat patiënten NSAID's ook kunnen aanschaffen bij drogisten. Extra aandacht voor opsporing van en voorlichting aan deze patiëntengroep blijft noodzakelijk.

Richtlijnen

De NHG-Standaard *Pijn* (2021) 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 de werking van diuretica en RAS-remmers nadelig beïnvloeden (KNMP Kennisbank). Volgens de NHG-Standaard *Hartfalen* (2021) vallen NSAID's onder de geneesmiddelen die artsen bij voorkeur moeten vermijden 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.

Resultaten

In 2022 gebruikten bijna 842.000 mensen een RAS-remmer én een diureticum. Van hen gebruikte bijna 88.000 (10,5%) bovendien gelijktijdig een NSAID. Dit is vergelijkbaar met het aantal gebruikers in 2021.

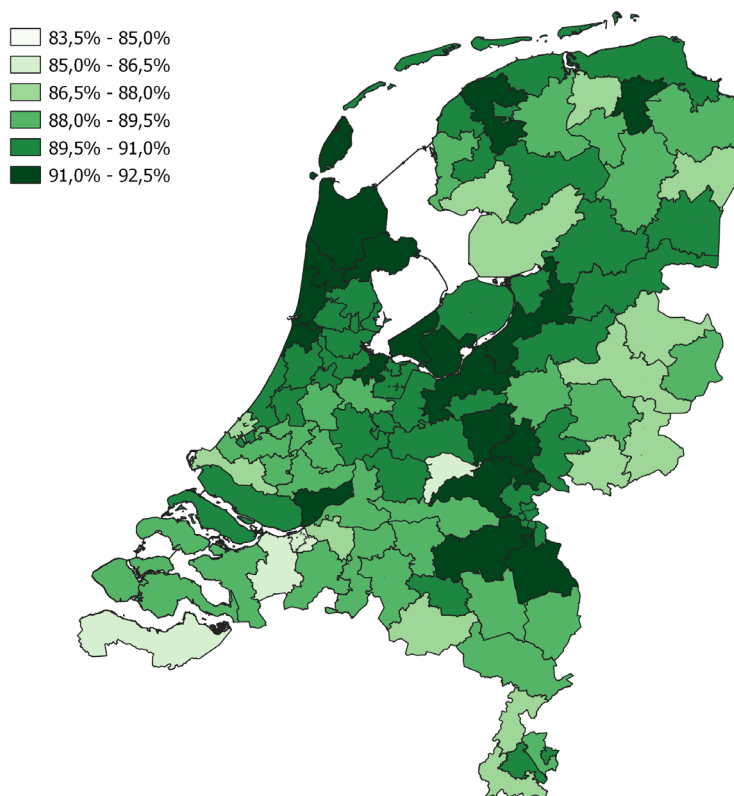
Tabel 2.1 Percentage patiënten met hart- of nierfalen dat niet gelijktijdig een NSAID gebruikt*

	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	88,5%	83,6 - 91,2%
2020	89,4%	85,4 - 92,0%
2021	89,5%	85,8 - 91,8%
2022	89,5%	85,5 - 92,2%

* 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 niet gelijktijdig een NSAID gebruiken



Figuur 2.1 toont de mate waarin gelijktijdig gebruik van NSAID's door patiënten met een RAS-remmer en een diureticum wordt vermeden. Hoe donkerder 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 2021. Evenals in 2021 scoren de regio's Tiel, Roosendaal en Oostburg-Terneuzen-Hulst iets lager op deze indicator.

Beschouwing

Het aantal gebruikers van RAS-remmers/diuretica in combinatie met een NSAID is duidelijk lager dan in 2019, maar het percentage blijft de laatste jaren rond de 10,5% schommelen.

Eén van de conclusies uit het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid (2017) was dat de grootste verlaging van geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames te realiseren is door het vermijden van NSAID's bij hart- of nierfalen⁵. Extra aandacht hiervoor is daarom noodzakelijk. Om gelijktijdig gebruik te signaleren kunnen apothekers gebruik maken van de Medisch Farmaceutische Beslisregel (MFB) Hartfalen: NSAID'S (incl. COXIBS) en MFB's met betrekking tot nierfunctie en NSAID's.

⁵ Vervolgonderzoek medicatieveiligheid: eindrapport. Rotterdam/Utrecht/Nijmegen: Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC, PHARMO, 2017.

Uit een recente publicatie van het Nivel blijkt dat huisartsenpraktijken aanzienlijke verschillen vertonen op zes geselecteerde indicatoren betreffende patiëntveiligheid. De geselecteerde indicatoren betroffen onder andere meer aandacht voor het gebruik van NSAID's bij nier- en bij hartfalen. Dit onderzoek vond dat gemiddeld 8,3% van de patiënten met hartfalen een NSAID voorgeschreven kreeg. De variatie tussen praktijken in score op indicatoren liep op tot 20%. Het Nivel beveelt huisartsenpraktijken aan 'spiegelinformatie' te gebruiken om waar nodig beleid te ontwikkelen ter verbetering van de zorgverlening.⁶

Een belangrijke kanttekening bij de uitkomsten 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 een op de drie mensen een of meer NSAID's gebruikt zonder recept. 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. Huisartsen en apothekers kunnen dit onderwerp agenderen voor het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO).

⁶ Kager, C., Schäfer, W., Hek, K., Heins, M., Wagner, C., Korevaar, J. Patiëntveiligheid verbeteren met spiegelinformatie. Huisarts en Wetenschap 2023, 66(3).

3. De veiligheid van antitrombotische behandeling

Dit hoofdstuk beschrijft hoeveel patiënten combinaties van twee of drie antitrombotica gebruiken en hoeveel van hen deze combinaties langer dan de aanbevolen behandelduur voorgeschreven krijgen.

Samenvatting

Het aantal patiënten met triple therapie langer dan zes maanden is gering en vergelijkbaar met 2021. Het percentage gebruikers van duale antiplaatjetherapie langer dan 12 maanden is ten opzichte van 2021 weer licht gestegen en ligt ruim een procentpunt hoger dan in 2019. 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.

Richtlijnen

Duale antiplaatjetherapie (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. 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.

De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) volgt de *2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS* van de European Society for Cardiology voor het beleid bij coronaire hartziekten. Deze richtlijn beveelt DAPT aan gedurende 12 maanden, tenzij het bleedingsrisico verhoogd is. Voor het beleid bij patiënten met non-STEMI volgt de NVVC de *2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*. Deze richtlijn beveelt voor DAPT ook een behandelduur van 12 maanden aan. Bij een hoog bleedingsrisico moet de behandelaar echter een maximale behandelduur van drie maanden overwegen en bij een zeer hoog bleedingsrisico een behandelduur van een maand. Een zeer hoog bleedingsrisico is gedefinieerd als een bloeding in de afgelopen maand en/of een geplande operatie die niet kan worden uitgesteld.

De aanbevolen behandelduur van triple therapie met antitrombotica varieert van een maand tot maximaal zes maanden, afhankelijk van de indicatie en het bleedingsrisico.

Resultaten

Vermijden van duale therapie langer dan 12 maanden

In 2022 gebruikten ruim 1.206.000 patiënten één of meer trombocytenaggregatieremmers. Van hen gebruikte bijna 1.107.000 (91,8%) één trombocytenaggregatieremmer (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Percentage patiënten met één trombocytenaggregatieremmer in 2019, 2020, 2021 en 2022*

	Landelijk gemiddelde	Regionale spreiding**
2019	90,6%	88,7 - 92,3%
2020	91,6%	89,9 - 93,1%
2021	91,9%	90,0 - 93,3%
2022	91,8%	89,8 - 93,3%

* Weergegeven zijn de laagste en hoogste score per tweecijferig postcodegebied

In de periode 2019-2021 daalde het aantal gebruikers van duale therapie van bijna 113.000 in 2019 naar ruim 97.000 in 2021. In 2022 steeg het totaal aantal gebruikers van duale therapie weer naar bijna 99.000. Evenals in voorgaande jaren was de gebruiksduur van duale therapie in 2022 meestal korter dan 12 maanden. Ongeveer 6.500 patiënten (6,6%) gebruikten langer dan 12 maanden duale therapie. Het percentage gebruikers van duale therapie langer dan 12 maanden fluctueert de afgelopen jaren. Het percentage is in 2022 licht gestegen ten opzichte van 2021 en ligt aanmerkelijk hoger dan in 2019.

Tabel 3.2 Gebruik van duale therapie in 2019, 2020, 2021 en 2022*

	2019	2020	2021	2022
Duale therapie antitrombotica	9,4%	8,4%	8,1%	8,2%
Regionale spreiding**	7,7 - 11,3%	6,9 - 10,1%	6,7 - 10,0%	6,7 - 10,2%
Waarvan duale therapie ≤12 maanden	94,5%	93,1%	93,8%	93,4%
Regionale spreiding**	90,2 - 98,4%	87,8 - 96,9%	85,0 - 97,0%	87,9 - 97,0%
Waarvan duale therapie >12 maanden	5,5%	6,9%	6,2%	6,6%
Regionale spreiding**	1,6 - 9,8%	3,1 - 12,2%	3,0 - 15,0%	3,0 - 12,1%

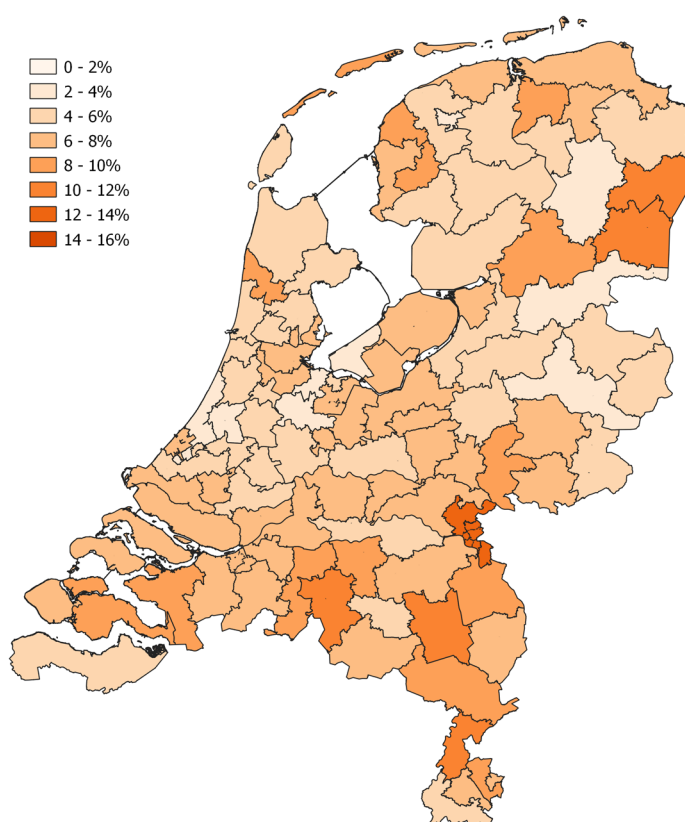
* De definities van de indicatoren staan in het hoofdstuk Methodologie

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

Figuur 3.1 geeft per 2-cijferig postcodegebied het percentage gebruikers van duale therapie langer dan 12 maanden ten opzichte van alle patiënten met duale therapie in 2022 weer. In de regio Nijmegen is het aantal gebruikers van langdurige duale therapie relatief het hoogst, namelijk 12,0%. Ook in de regio's Tilburg, Helmond/Deurne, Sittard/Geleen, Stadskanaal en Emmen ligt het percentage hoger dan in de rest van Nederland. Er zijn geen zeer opvallende verschuivingen in 2022 ten opzichte van 2021, behalve voor de regio's Dokkum/Ameland en Zuidhorn. In 2021 had laatstgenoemde regio het hoogste percentage gebruikers van duale therapie langer dan 12 maanden, namelijk 15,0%. In 2022 is het percentage in deze regio gedaald naar 9,2%. In de regio Dokkum/Ameland daalde het

aantal gebruikers met vier procentpunten van 12,0 naar 8,0%. Op-
gemerkt dient te worden dat in beide regio's het aantal patiënten
met duale therapie laag is.

Figuur 3.1. Percentage patiënten met
duale therapie langer dan 12 maanden
ten opzichte van alle patiënten met
duale therapie in 2022



Vermijden van triple therapie langer dan zes maanden

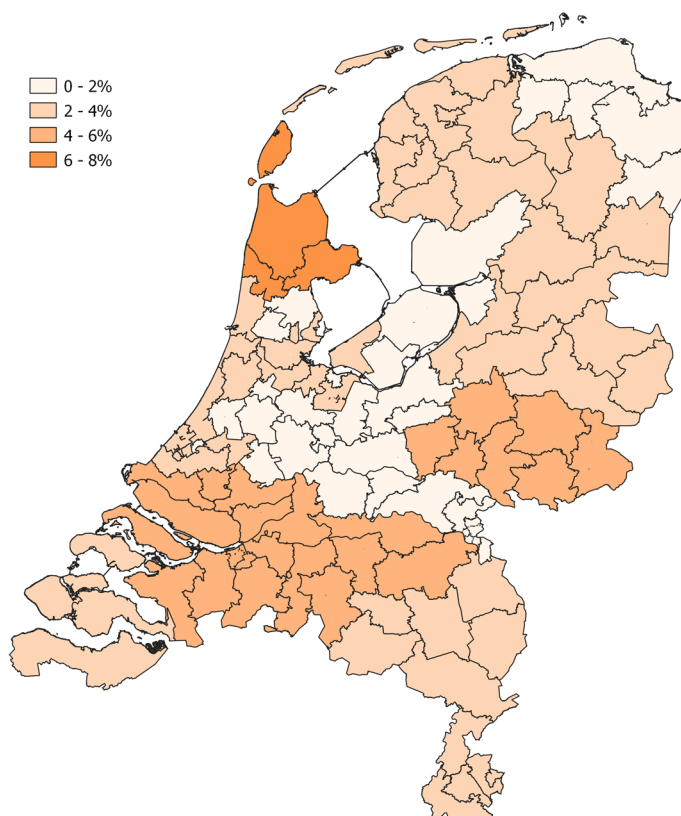
Het aantal gebruikers van triple therapie nam de afgelopen jaren
aanmerkelijk af van ruim 4.000 in 2019 naar ruim 2.500 in 2022. De
afname had zowel betrekking op het gebruik tot zes maanden als
op het gebruik langer dan zes maanden. De procentuele afname
sinds 2019 is voor beide groepen gebruikers vergelijkbaar.

Tabel 3.2 Gebruik van triple therapie langer dan 6 maanden ten opzichte van het totaal aantal gebruikers van triple therapie in 2019,
2020, 2021 en 2022

	Aantal gebruikers langer dan 6 maanden	Regionale spreiding
2019	3,1%	0,0 – 9,3%
2020	3,1%	0,0 – 8,3%
2021	2,9%	0,0 – 6,5%
2022	3,1%	0,0 – 6,5%

Wegens het geringe aantal gebruikers van triple therapie langer dan zes maanden is gekozen voor een verdeling naar GGD-regio's⁷ in plaats van tweecijferige postcodegebieden (figuur 3.2). De kop van Noord-Holland is de regio met relatief de meeste gebruikers van triple therapie langer dan zes maanden. Hierbij wordt opgemerkt dat het verschil tussen regio's nog steeds berust op slechts enkele gebruikers meer of minder.

Figuur 3.2 Percentage patiënten met triple therapie langer dan 6 maanden



Beschouwing

De meeste gebruikers van duale of triple therapie met antitrombotica krijgen de combinatie korter dan respectievelijk 12 en zes maanden voorgeschreven zoals de richtlijnen adviseren. Het percentage gebruikers van duale therapie langer dan 12 maanden is in 2022 weer licht gestegen. Het aantal gebruikers lag rond de 6.500. Het aantal gebruikers van triple therapie langer dan zes maanden daalt nog steeds, al was de afname ten opzichte van 2021 zeer gering.

⁷ GGD-regio's omvatten een groter gebied dan 2-cijferige postcodegebieden

Het gebruik van antitrombotica heeft als belangrijk nadeel een verhoogd risico op bloedingen. Uit het HARM-onderzoek (2006) maar ook uit latere, in opdracht van het ministerie van VWS, uitgevoerde onderzoeken komt naar voren dat antistollingsmiddelen een belangrijke oorzaak zijn van vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Vooral gastro-intestinale bloedingen gaven aanleiding tot ziekenhuisopnames. Trombocytenaggregatieremmers en vitamine K-antagonisten waren de belangrijkste daarvoor verantwoordelijke geneesmiddelgroepen. Ook in de Monitor Zorggerelateerde schade 2019 komen de antistollingsmiddelen naar voren als belangrijke reden voor zorggerelateerde schade door geneesmiddelen. De monitor toont dat 32,0% van de gebeurtenissen van zorggerelateerde schade gerelateerd is aan medicatie en dat 38,9% daarvan antistollingsmiddelen betreft⁸.

Met het oog op het verhoogde bleedingsrisico dient gelijktijdige behandeling met twee of drie antitrombotica niet langer te duren dan strikt noodzakelijk. Voorschrijvers kunnen echter gemotiveerd afwijken van de aanbevelingen over de maximale behandelduur in richtlijnen. Het is niet bekend bij hoeveel patiënten dit inderdaad geïndiceerd is. 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 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 MF-B's *Triple-therapie: Combinatie van antitrombotica* en *Dubbel-therapie: Combinatie van antitrombotica*.

⁸ Nivel. Monitor Zorggerelateerde Schade 2019. Dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel, 2022.

Afsluitend

De themarapportage beschrijft aanknopingspunten om de medicatieveiligheid voor een aantal geneesmiddelgroepen te bevorderen. Daarmee kunnen huisartsen en apothekers het verhoogde valrisico als gevolg van valrisicoverhogende medicatie bij ouderen dan 80 jaar verminderen, het gebruiken van NSAID's bij hart- of nierfalen tegengaan en de duur van het gebruik van duale en triple therapie voor trombosepreventie optimaliseren.

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 het uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij patiënten met valrisicoverhogende medicatie, het opsporen van patiënten met hart- en/of nierfalen die NSAID's gebruiken en de gebruiksduur van antitrombotica. 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 de 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 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 de SFK aangesloten apotheken. Het is bekend dat patiënten een deel van de verstrekte geneesmiddelen niet gebruiken. Daardoor kunnen de indicatoren het gebruik overschatten.

NSAID's zijn als zelfzorgmiddel ook buiten de apotheek beschikbaar. Daardoor zal het gebruik van NSAID's door patiënten met hart- of nierfalen in deze rapportage worden onderschat.

Het voorschrijfgedrag van apotheekhoudende huisartsen blijft grotendeels buiten beeld. Apotheekhoudende huisartsen verstrekken de geneesmiddelen aan ongeveer 9% 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. Om de invloed van behandelkeuzes bij individuele patiënten te verkleinen worden regio's met minder dan 50 patiënten in de noemer samengevoegd met aangrenzende regio's.

Aanbevelingen aan huisartsen en apothekers

- Bij de indicator over valrisicoverhogende geneesmiddelen is gekeken naar het aantal geneesmiddelgroepen waaruit de patiënt geneesmiddelen gebruikt. Echter, ook bij patiënten die meerdere geneesmiddelen uit één valrisicoverhogende geneesmiddelgroep gebruiken blijft het advies om alle gebruikte valrisicoverhogende middelen apart te heroverwegen.
- De indicator medicatieveiligheid bij valrisicoverhogende geneesmiddelen kijkt alleen naar 80-plussers, omdat zij het grootste risico lopen. Dit kan leiden tot een onderschatting van het nut van de indicator. Ook bij jongere patiënten is aandacht voor valrisicoverhogende middelen gewenst, zeker als zij om andere redenen kwetsbaar zijn.
- Een beperking van de indicator ‘vermijden van NSAID-gebruik bij hart- of nierfalen’ is dat de indicatie voor het gebruik onbekend is, omdat apotheken niet beschikken over indicaties van voorgeschreven geneesmiddelen. Het advies luidt dan ook na te gaan of het terecht is dat betrokken patiënten een NSAID gebruiken. Een aandachtspunt is bovendien dat patiënten NSAID’s zonder recept kunnen kopen buiten de apotheek, waardoor deze niet worden geregistreerd in het dossier van de patiënt. Voorlichting aan patiënten met hartfalen of nierschade over de mogelijke risico’s van het kopen van NSAID’s bij andere aanbieders dan apotheken blijft dan ook een punt van aandacht.
- Voor zowel de behandeling met duale therapie als de behandeling met triple therapie komt een deel van de patiënten mogelijk in aanmerking voor een kortere behandelduur. Op individueel niveau kunnen apothekers met de voorschrijver een afweging maken over de optimale gebruiksduur.

Aanbevelingen voor eerstelijnszorggroepen

- Ga aan de hand van de regionale scores na welke verbeterpunten in de regio spelen en maak afspraken over mogelijkheden voor verbetering.
- In het kader van de ketenaanpak Valpreventie is samenwerking binnen eerstelijnszorggroepen wenselijk. Voor elke patiënt met een verhoogd valrisico moet worden bepaald welke interventies passend zijn. De apotheker kan een rol spelen bij het opsporen van patiënten met een hoog valrisico en in samenspraak met de huisarts bepalen bij welke patiënten minderen of stoppen van valrisicoverhogende medicatie moet worden overwogen.

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS en zorgverzekeraars

- Benadruk het belang van uitvoering van het coalitieakkoord inzake valpreventie en stimuleer regionale multidisciplinaire samenwerking op dit vlak.
- Stimuleer regionale transmurale antistollingszorg bijvoorbeeld via regiotafels.

Methodologie

In dit hoofdstuk beschrijven we de methodologie toegepast bij deze themarapportage. Achtereenvolgens gaan we in op de definities van de indicatoren, de gegevensbron en de manier van berekenen van de indicatorscores.

Indicatordefinities

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

Beperkt gebruik valrisicoverhogende medicatie

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

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

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
Rapportageperiode	12 maanden

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
Subgroepen	1. Gelijktijdig gebruik van minimaal 30 dagen van salicylaat en P2Y12-remmer en anticoagulans > 6 maanden 2. Gelijktijdig gebruik van salicylaat en P2Y12-remmer en anticoagulans ≤ 6 maanden
Rapportageperiode	12 maanden

Gegevens

Deze themarapportage is gebaseerd op de gegevens van alle apotheken die een complete aaneengesloten datahistorie hebben geleverd aan de SFK. Dit aantal kan wisselen per indicator en ligt in 2022 tussen 1.853 en 1.884 apotheken. Ook dienstapotheken en poliklinische apotheken zijn voor het overgrote deel aangesloten bij de 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. In deze rapportage was samenvoegen alleen van toepassing voor de indicator over het gebruik van triple therapie met antitrombotica langer dan zes maanden. Het aantal gebruikers van triple therapie noodzaakte tot samenvoegen op het niveau van GGD-regio's. Voor de andere indicatoren zijn geen tweecijferige postcodegebieden samengevoegd.

