







Voorschrijven van medicatie door de huisarts in 2021

Een actualisatie van factsheet 3 met cijfers over 2017

Yvonne de Man, Mariska Oosterveld, Marianne Heins, Annette van der Velden, Heidi Fransen, Saskia Teunissen, An Reyners, Marlene Middelburg-Hebly, Christine Cramer-van der Welle, Bregje Onwuteaka-Philipsen, Anneke Francke

Palliatieve zorg is zorg die zich richt op de kwaliteit van leven van mensen en hun naasten die geconfronteerd worden met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, waarbij genezing niet meer mogelijk is. Deze rapportage is onderdeel van de serie 'Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers' en presenteert cijfers over mensen die in 2021 zijn overleden aan een aandoening waarbij de inzet van palliatieve zorg van betekenis zou kunnen zijn, oftewel 'de doelgroep van palliatieve zorg'

Goede (pijn)medicatie is een belangrijk aspect van palliatieve zorg, omdat pijn een veelvoorkomend symptoom is aan het levenseinde. Deze rapportage biedt inzicht in het voorschrijven van pijnmedicatie en co-analgetica in de laatste 3 maanden van het leven. Daarnaast biedt de rapportage inzicht in het voorschrijven van medicatie die vanuit klinisch oogpunt mogelijk niet meer passend is of twijfelachtige waarde heeft aan het einde van het leven.

Belangrijke cijfers		2021	Was in 2017
	Aantal overledenen aan aandoeningen waarbij palliatieve zorg van betekenis zou kunnen zijn	106.466 ^a	109.707
Medicatierecepten in laatste 3 levensmaanden onder een steekproef^b van 6993 mensen			
	% met recept voor zwak- of sterkwerkende opioïden	48%	55%
	% met recept voor laxantia binnen groep die in laatste 3 levensmaanden recept voor opioïden kreeg	66%	68%
	% met recept voor co-analgetica	13%	14%
	% met herhaalrecept voor mogelijk niet-passende medicatie ^c	68%	70%
	% met herhaalrecept voor medicatie van twijfelachtige klinische waarde ^c	77%	79%

^a Dit is exclusief mensen overleden aan COVID-19.

^b Deze mensen waren tot overlijden ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Vanwege kleine aantallen en daarmee samenhangende kans op herleidbaarheid zijn gegevens van mensen die overleden zijn aan Hiv/aids niet meegenomen in deze rapportage.

^c Berekend over groep die eerder, namelijk gedurende 12 tot 3 maanden voor overlijden, al een recept kreeg voor deze medicatie.

Vergelijkingen tussen 2021 en 2017

We vergelijken cijfers van mensen overleden in 2021 met eerdere cijfers uit 2017. Een deel van deze cijfers betreft kwaliteitsindicatoren die een indicatie kunnen geven van de kwaliteit van de farmacologische zorg (zie voor de onderbouwing van de keuze van die kwaliteitsindicatoren De Schreye e.a., 2017). Door de vergelijking tussen 2021 en 2017 krijgen we een beeld van eventuele veranderingen in de kwaliteit van de farmacologische zorg over de tijd. Deze vergelijking is extra belangrijk omdat er voor deze kwaliteitsindicatoren nog geen algemeen geaccepteerde streefnormen bestaan.

De inzichten uit deze rapportage kunnen professionals en beleidsmakers gebruiken om van te leren en waar nodig de farmacologische zorg voor de doelgroep van palliatieve zorg te verbeteren. Meer informatie over de gebruikte gegevensbronnen en de gebruikte selectiemethode van Etkind e.a. (2017) om de doelgroep van palliatieve zorg te bepalen, is te vinden aan het einde van deze rapportage.

Om een goede vergelijking te kunnen maken met cijfers uit 2017 worden mensen overleden aan COVID-19 in deze rapportage buiten beschouwing gelaten.

Hoeveel mensen kregen pijnmedicatie voorgeschreven?

Pijn is een veelvoorkomend symptoom in de palliatieve fase. In het landelijk representatieve gegevensbestand van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn identificeerden we in totaal 6993 mensen van 18 jaar of ouder die in 2021 zijn overleden en die behoorden tot de doelgroep van palliatieve zorg. Het gaat daarbij om (veelal thuiswonende) mensen die die tot het einde van hun leven ingeschreven stonden bij een huisartsenpraktijk. Hoewel de gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn niet aangeven hoeveel van deze mensen pijn hadden, kunnen we wel zien of er pijnmedicatie is voorgeschreven.

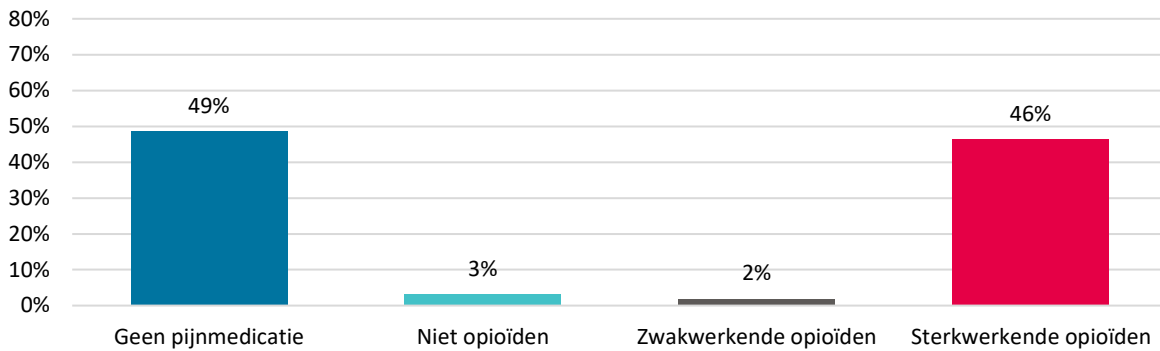
Net als in de cijfers uit 2017 maken we gebruik van de WHO-pijnladder (WHO, 1996) om pijnmedicatie in te delen. De eerste stap op de WHO-pijnladder is het gebruik van niet-opioïden (paracetamol en/of een NSAID). Als de pijn hiermee niet voldoende wordt verlicht, volgt in de WHO-pijnladder de tweede stap, waar een zwakwerkend opioïde (zoals tramadol) wordt voorgeschreven. Als dit ook niet voldoende pijnverlichting biedt, volgt de derde stap met een sterkwerkend opioïde (zoals morfine), totdat de pijn onder controle is.



Een hoog percentage mensen binnen de doelgroep van palliatieve zorg dat in de laatste 3 maanden voor hun overlijden zwak- of sterkwerkende opioïden kregen voorgeschreven kan een **indicator** van goede **kwaliteit** van farmacologische zorg zijn (de Schreye e.a., 2017). Een stijging van dit percentage over de tijd geeft dus een indicatie van mogelijk betere farmacologische zorg.

In de laatste 3 levensmaanden kreeg 51% van de eerdergenoemde groep van 6993 mensen enige vorm van pijnmedicatie voorgeschreven door de huisarts, 48% kreeg (ook) **zwak- of sterkwerkende opioïden voorgeschreven** (Figuur 1). Dit is een daling ten opzichte van 2017, toen 61% nog enige vorm van pijnmedicatie kreeg voorgeschreven, en 55% (ook) zwak- of sterkwerkende opioïden.

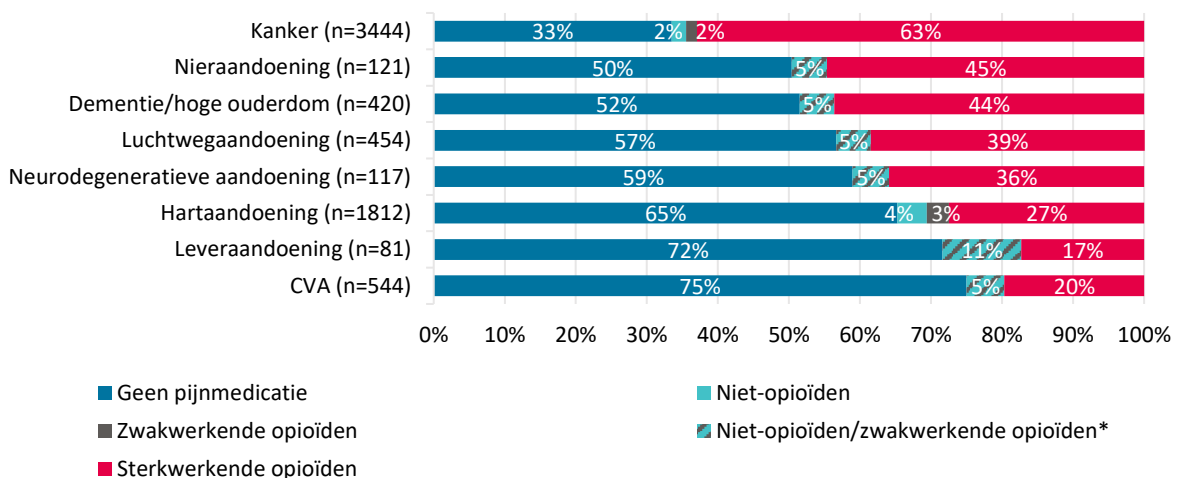
Figuur 1 Percentage mensen met een nieuw of herhaalrecept voor pijnmedicatie in laatste 3 levensmaanden, 2021 (N=6993)



N.B. Als een persoon een recept voor medicatie uit meerdere stappen heeft gekregen is steeds de hoogste stap aangehouden. Bijvoorbeeld, een persoon die zowel niet-opioïden (stap 1) als sterkwerkende opioïden (stap 3) heeft voorgeschreven gekregen is alleen bij het percentage met sterkwerkende opioïden (stap 3) meegeteld.

Het percentage mensen dat in de laatste 3 levensmaanden pijnmedicatie voorgeschreven kreeg door de huisarts, varieerde sterk tussen de verschillende doodsoorzaken (Figuur 2). Net als in 2017 kregen mensen die in 2021 overleden aan kanker het vaakste zwak- of sterkwerkende opioïden voorgeschreven. Wel was dit percentage in 2021 lager dan in 2017: 65% in 2021 versus 75% in 2017. Het merendeel van die medicatie betrof sterkwerkende opioïden.

Figuur 2 Percentage mensen met recept(en) voor pijnmedicatie in laatste 3 levensmaanden, naar doodsoorzaak¹, 2021 (N=6993)

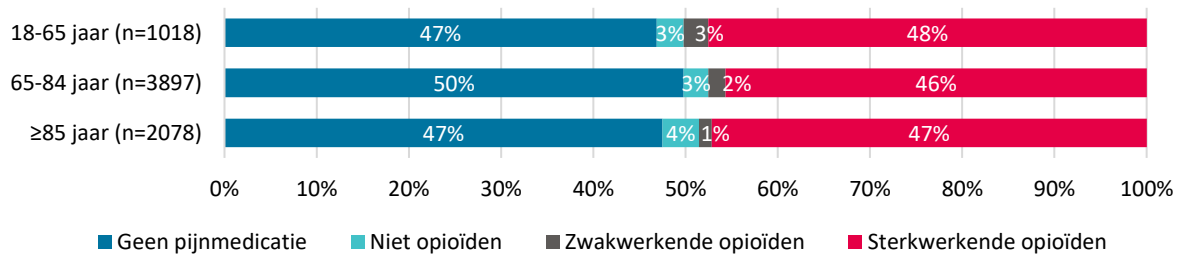


* Voor sommige groepen was het aantal mensen met een recept voor niet-opioïden of zwakwerkende opioïden erg klein. Vanwege de kans op herleidbaarheid zijn deze groepen samen als schuin gestreept blok weergegeven.
N.B. Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100%.

Het percentage mensen dat zwak- of sterkwerkende opioïden kreeg voorgeschreven varieert nauwelijks tussen verschillende leeftijdscategorieën (Figuur 3). In vergelijking met de andere twee leeftijdsgroepen kregen mensen die in 2021 tussen de 18 en 65 jaar overleden relatief het vaakst zwak- of sterkwerkende opioïden voorgeschreven (51%). Dit percentage was in 2017 64%, wat aanmerkelijk hoger is dan in 2021.

¹Het CBS hanteert voor de groep dementie/hoge ouderdom de term dementie/seniliteit, waarbij seniliteit slaat op geestelijke en lichamelijke achteruitgang door ouderdom. Wij kiezen ervoor om te spreken van dementie/hoge ouderdom.

Figuur 3 Percentage mensen met recept(en) voor pijnmedicatie in laatste 3 levensmaanden, naar leeftijdscategorie, 2021 (N=6993)



N.B. Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100%.

Hoe vaak kregen mensen naast opioïden ook laxantia voorgeschreven?



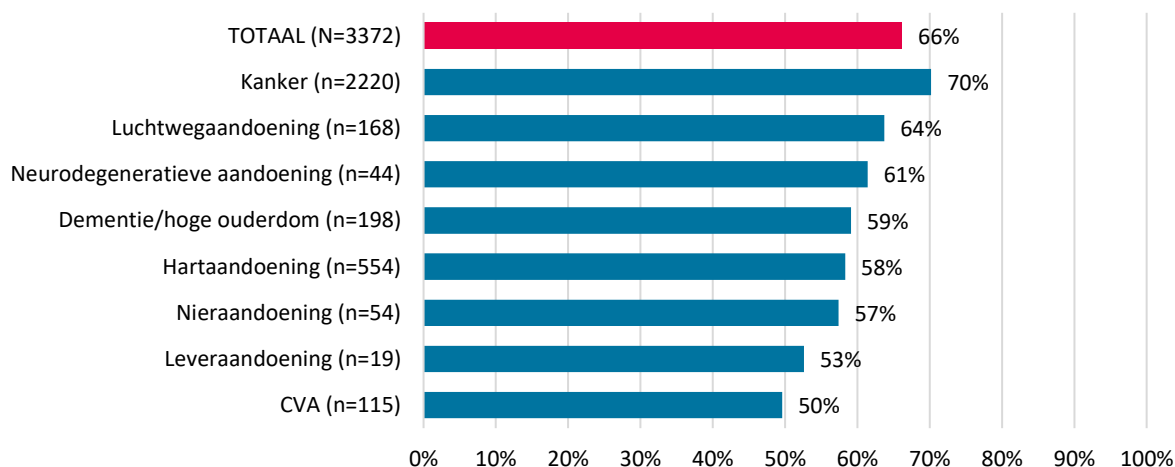
Een veelvoorkomende bijwerking van opioïden is obstipatie. Daarom moeten standaard laxantia (geneesmiddelen die de darmfunctie bevorderen) worden voorgeschreven bij de behandeling met opioïden zoals aanbevolen in richtlijnen voor pijn bij kanker (NVA, 2019), gevorderde COPD/hartfalen (NVA, 2019) en bij kwetsbare ouderen (Verenso, 2016). Het percentage mensen bij wie, naast opioïden, ook laxantia voorgeschreven worden, kan worden beschouwd als een **kwaliteitsindicator**. Een stijging van dit percentage over de tijd geeft dus een indicatie van mogelijk betere farmacologische zorg.

In de laatste 3 levensmaanden kreeg 66% van de mensen naast zwak- of sterkwerkende opioïden ook laxantia voorgeschreven (Figuur 4). Dit is vergelijkbaar met het percentage in 2017, toen was dat 68%. In het kader van bovengenoemde kwaliteitsindicator zou een stijging tussen 2017 en 2021 wenselijk zijn geweest.

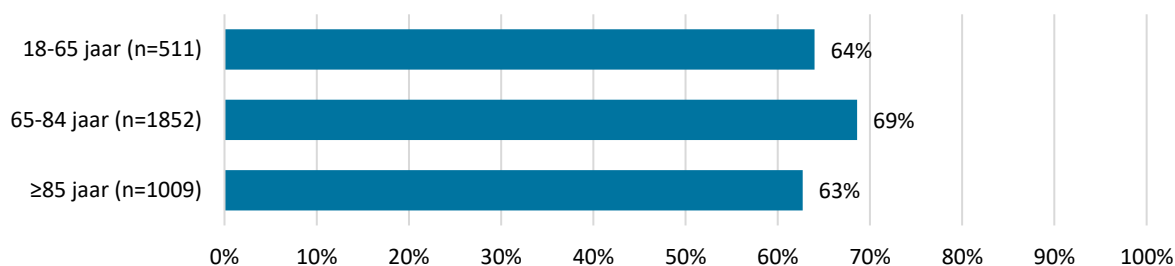
Figuur 4 laat ook zien dat er verschillen zijn tussen groepen mensen met verschillende doodsoorzaken. Net als in 2017 was het percentage mensen dat in 2021 laxantia kreeg voorgeschreven naast opioïden het hoogst onder mensen die overleden aan kanker (70%) en het laagst onder mensen die overleden als gevolg van een CVA (50%). Ten opzichte van 2017 is het percentage mensen dat laxantia kreeg voorgeschreven naast opioïden wel gestegen voor de mensen die zijn overleden aan een CVA (van 44% in 2017 naar 50% in 2021) of een luchtwegaandoening (van 59% naar 64%).

Het voorschrijven van laxantia verschilde, net als in 2017, weinig tussen leeftijdsgroepen. Mensen overleden tussen 65 en 84 jaar kregen het vaakst laxantia voorgeschreven naast opioïden (69%, zie Figuur 5). In 2017 kwam dit nog het meest voor bij mensen overleden tussen de 18 en 65 jaar, toen kreeg 70% van hen laxantia voorgeschreven naast opioïden.

Figuur 4 Percentage mensen met recept(en) voor laxantia samengaan met opioïden in laatste 3 levensmaanden, naar doodsoorzaak, 2021 (N=3372)



Figuur 5 Percentage mensen met recept(en) voor laxantia samengaan met opioïden in laatste 3 levensmaanden, naar leeftijdscategorie, 2021 (N=3372)

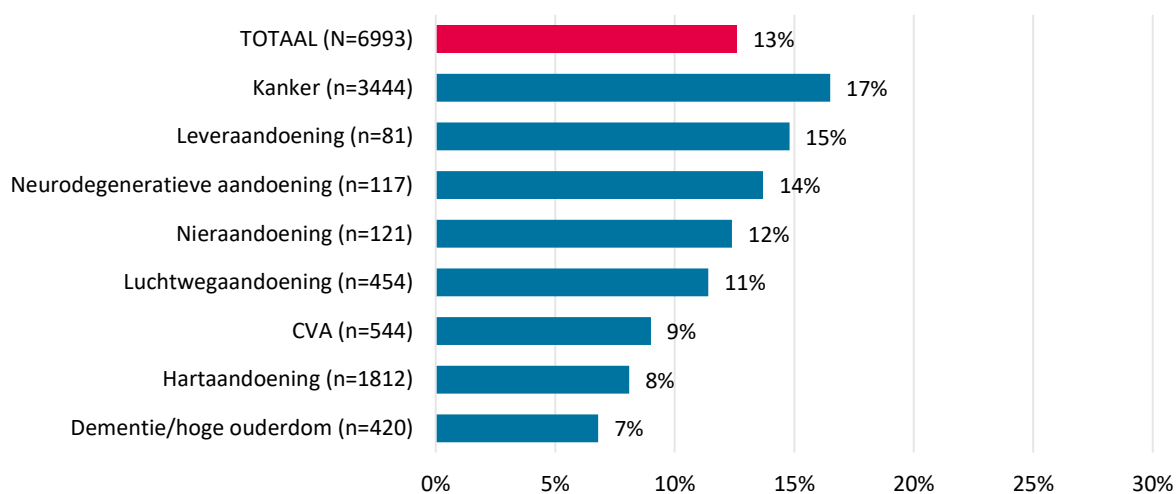


Hoe vaak kregen mensen een recept voor co-analgetica?

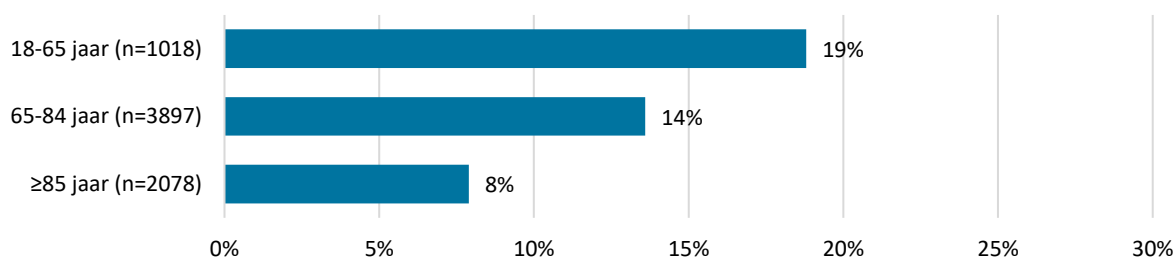
Naast pijnmedicatie zijn er medicijnen die naast hun eigen werking ook een pijnstillend effect kunnen hebben, ook wel co-analgetica genoemd. Voorbeelden hiervan zijn anti-epileptica en antidepressiva. Deze medicijnen zijn vooral effectief bij neuropathische pijn (zenuwpijn), die vaak niet goed reageert op standaard pijnmedicatie. In 2021 kreeg 13% in de doelgroep van palliatieve zorg in de laatste 3 levensmaanden co-analgetica voorgeschreven (Figuur 6). Dit is vergelijkbaar met 2017, toen was dit bij 14% het geval.

Er zijn hierbij verschillen tussen groepen met verschillende doodsoorzaken en leeftijdscategorieën (Figuur 6 en Figuur 7). Bij mensen die overleden aan kanker was in 2021, net als in 2017, het percentage dat co-analgetica kreeg in de laatste 3 levensmaanden het hoogst (17%). Van de mensen die overleden aan dementie/hoge ouderdom kreeg daarentegen een klein deel co-analgetica voorgeschreven (7%). Mensen jonger dan 65 jaar kregen vaker co-analgetica voorgeschreven (19%) dan die van 85 jaar en ouder (8%). Deze verdeling komt overeen met hoe het was in 2017.

Figuur 6 Percentage mensen met recept(en) voor co-analgetica in de laatste 3 levensmaanden, naar doodsoorzaak, 2021 (N=6993)



Figuur 7 Percentage mensen met recept(en) voor co-analgetica in de laatste 3 levensmaanden, naar leeftijdscategorie, 2021 (N=6993)



Voorschrijven van mogelijk niet-passende medicatie of medicatie met twijfelachtige klinische waarde aan het levenseinde



Kwaliteitsindicator

Sommige medicatie die voor mensen met een goede levensverwachting klinisch relevant is, kan aan het eind van het leven niet meer passend zijn of twijfelachtige klinische waarde hebben (Morin e.a., 2018 en 2019). In dergelijke gevallen moet overwogen worden om de medicatie te staken als het risico op schadelijke effecten groter is dan het te verwachten voordeel, of als er een veiliger of effectiever alternatief voorhanden is. Bovendien moet overwogen worden om medicatie te staken als het bereiken van een klinisch significante uitkomst niet in overeenstemming is met de levensverwachting. Voor niet-passende medicatie is er consensus dat deze doorgaans gestaakt moet worden. Echter, bij medicatie van twijfelachtige klinische waarde moet er een overweging gemaakt worden van de voor- en nadelen, die per individuele situatie kunnen verschillen. De percentages mensen binnen de doelgroep van palliatieve zorg die in de laatste 3 levensmaanden een herhaalrecept kreeg voor mogelijk niet-passende medicatie of medicatie met twijfelachtige klinische waarde zijn idealiter laag, en zijn **kwaliteitsindicatoren** van goede farmacologische zorg.

Van de mensen uit de doelgroep van palliatieve zorg die tot het einde van hun leven ingeschreven stonden bij een huisartsenpraktijk, en die tussen 12 en 3 maanden voor overlijden medicatie voorgeschreven kregen die mogelijk **niet passend** meer is aan het levenseinde, kreeg 68% in de laatste 3 levensmaanden een herhaalrecept voor deze medicatie (Tabel 1). Deze medicatie zou idealiter niet of zo min mogelijk voorgeschreven moeten worden in de laatste 3 levensmaanden, ook al was die medicatie mogelijk nog wel passend in de maanden daarvoor. In 2017 kreeg een bijna gelijk percentage een herhaalrecept voor mogelijk niet-passende medicatie in de laatste drie levensmaanden (70%).

Voor psychoanaleptica (middelen die een stimulerende werking op de hersenen hebben) kreeg in de laatste 3 levensmaanden nog 67% van de gebruikers een herhaalrecept. Echter, deze medicatie werd slechts bij een kleine groep mensen (1% in de eerdere maanden) voorgeschreven.

Daarnaast werden vitamine D supplementen, calciumsupplementen en antilipaemica voor ongeveer twee derde van de betreffende gebruikers niet gestopt in de laatste 3 levensmaanden.

Tabel 1 Percentage mensen met herhaalrecept voor mogelijk **niet-passende** medicatie in laatste 3 levensmaanden en aantal mensen uit doelgroep van palliatieve zorg met recept voor deze medicatie 12 tot 3 maanden voor overlijden, naar medicatiegroep, 2021 (N=6993)

Medicatiegroep ^a	ATC code ^b	Aantal mensen met recept tussen 12 en 3 maanden voor overlijden	% mensen met herhaalrecept laatste 3 levensmaanden ^c
A11: Vitaminen	A11CC	1205 (17%)	67
A12: Mineraalsupplementen	A12A	882 (13%)	63
C01: Cardica	C01C	<10 (0%)	14
C02: Antihypertensiva	C02 (excl. C02CA en C02LE)	71 (1%)	52
C04: Perifere vasodilatantia	C04	0 (0%)	0
C10: Antilipaemica	C10	1927 (28%)	65
L03: Immunostimulantia	L03A	50 (1%)	22
M05: Middelen bij botziekten	M05B	366 (5%)	54
N06: Psychoanaleptica	N06D	51 (1%)	67
Totaal		3207 (46%)	68

ATC: Anatomische Therapeutische Chemische classificatie. Zie ook tabellen 3 en 4 onderaan deze rapportage voor de bijbehorende stofnamen.

^a Op basis van ATC-level 2 (WHO, 2013).

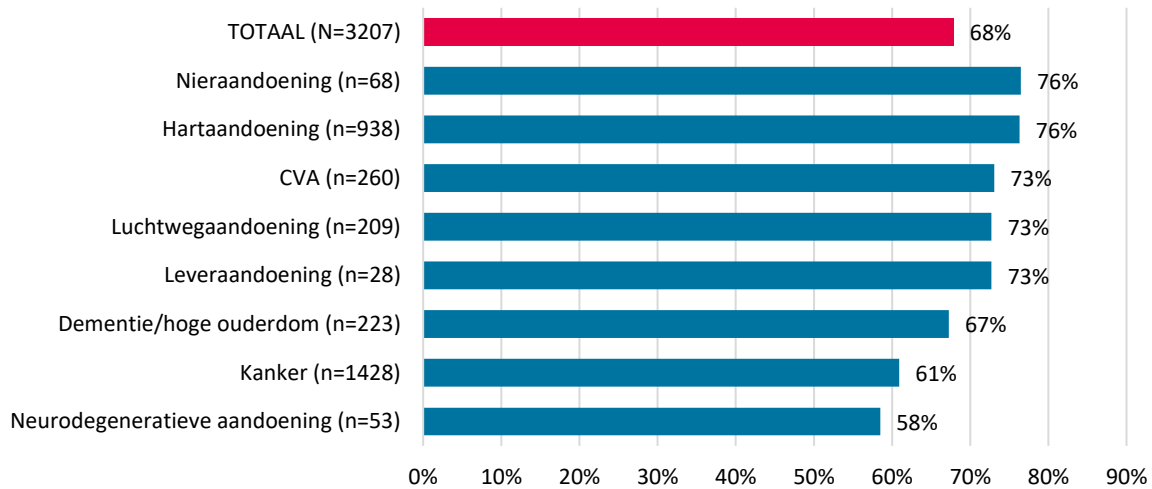
^b Alle ATC codes startend met deze codes.

^c Berekend over groep die eerder, namelijk gedurende 12 tot 3 maanden voor overlijden al een recept kreeg voor deze medicatie.

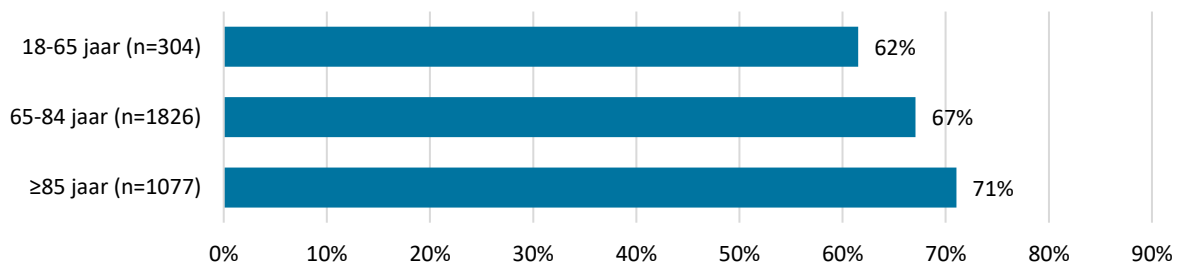
Uitgesplitst naar doodsoorzaak is in elke groep te zien dat er in de laatste 3 levensmaanden minder recepten voor mogelijk niet-passende medicatie zijn dan in de maanden daarvoor. Deze medicatie werd, net als in 2017, het minst vaak gestopt voor mensen overleden aan een hart- of nieraandoening; in 2021 kreeg 76% een herhaalrecept in de laatste 3 levensmaanden (Figuur 8). In 2017 lag dit iets hoger, waar 80% van de mensen die overleden aan een hartaandoening een herhaalrecept ontvingen, en 79% van de mensen met een nieraandoening. Voor mensen die in 2021 overleden aan een leveraandoening werd mogelijk niet-passende medicatie weliswaar het vaakst gestopt gedurende de laatste 3 levensmaanden, echter kreeg nog steeds meer dan de helft (57%) een herhaalrecept.

In vergelijking met andere leeftijdsgroepen werd voor mensen die in 2021 op 85-jarige leeftijd of ouder overleden het minst vaak gestopt met mogelijk niet-passende medicatie; 71% kreeg een herhaalrecept (Figuur 9). In 2017 was dit percentage 76%.

Figuur 8 Percentage mensen met recept in 12 tot 3 maanden voor overlijden én herhaalrecept in laatste 3 levensmaanden voor niet-passende medicatie, naar doodsoorzaak, 2021 (N=3207)



Figuur 9 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg met recept in 12 tot 3 maanden voor overlijden én herhaalrecept in laatste 3 levensmaanden voor niet-passende medicatie, naar leeftijd, 2021 (N=3207)



Van de mensen binnen de doelgroep van palliatieve zorg die tot het einde van hun leven ingeschreven stonden bij een huisartsenpraktijk keken we ook naar de herhaalrecepten in de laatste 3 levensmaanden voor medicatie met een **twijfelachtige klinische waarde**. De meerderheid (77%) van de mensen die tussen de 12 en 3 maanden voor overlijden voor deze medicatie al een recept kreeg, ontving in de laatste 3 levensmaanden een herhaalrecept (Tabel 2). Dat is vergelijkbaar met 2017 toen 79% in de laatste 3 levensmaanden een herhaalrecept voor medicatie met twijfelachtige klinische waarde aan het levenseinde kreeg. Ook hier geldt dat deze medicatie idealiter niet of zo min mogelijk nog voorgeschreven zou moeten worden in de laatste 3 levensmaanden, ook al was die medicatie mogelijk nog wel van waarde in de maanden daarvoor.

Medicatie van twijfelachtige waarde in de medicatiegroep cardiaca (specifiek hartglycosiden, medicatie ter ondersteuning van een goede hartwerking) en middelen bij zuurgerelateerde afwijkingen (zoals maagzuurremmers) werden het minst vaak gestopt in de laatste 3 levensmaanden; 72% van degenen met deze medicatie kreeg in de laatste 3 levensmaanden nog een herhaalrecept. Oncolytica werden daarentegen het vaakst gestopt aan het einde van het leven; slechts 25% kreeg nog een herhaalrecept aan het levenseinde.

Tabel 2 Percentage mensen met herhaalrecept voor medicatie met **twijfelachtige klinische waarde** in laatste 3 levensmaanden binnen groep met eerder recept voor deze medicatie in periode 12 tot 3 maanden voor overlijden, naar medicatiegroep, 2021 (N=6993)

Medicatiegroep ^a	ATC code ^b	Aantal mensen met recept tussen 12 en 3 maanden voor overlijden	% mensen met herhaalrecept laatste 3 levensmaanden ^c
A02: Middelen bij zuurgerelateerde afwijkingen	A02	3211 (46%)	72
A10: Diabetesmiddelen	A10B (excl. A10BA02)	429 (6%)	65
B01: Antithrombotica	B10AA, B01AB01, B01AC, B01AE, B01AF, B01AD, B01AX	1619 (23%)	68
B03: Middelen bij anemie	B03	928 (13%)	51
B05: Bloedvervangingsmiddelen en perfusievloeistoffen	B05A	0 (0%)	0
C01: Cardiaca	C01A	306 (4%)	73
C02: Antihypertensiva	C02CA, C02LE	58 (1%)	54
C03: Diuretica	C03A, C03B, C03D (excl. C03DA01)	593 (8%)	58
C07: Bèta-blokkers	C07AA	166 (2%)	64
C08: Calciumantagonisten	C08	1166 (17%)	64
C09: Middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem	C09A, C09B, C09C, C09D	2031 (29%)	65
G04: Urologica	G04CA51	0 (0%)	0
H03: Schildkliermiddelen	H03C	0 (0%)	0
L01: Oncolytica	L01	410 (6%)	25
L02: Hormonen	L02	291 (4%)	48
L04: Immunosuppressiva	L04A	136 (2%)	60
M04: Jichtmiddelen	M04	335 (5%)	68
R03: Middelen bij astma/COPD	R03C, R03D	24 (0%)	46
Totaal		4609 (66%)	77

ATC: Anatomische Therapeutische Chemische classificatie. Zie ook tabellen 3 en 4 onderaan deze rapportage voor de bijbehorende stofnamen.

^a Op basis van ATC-level 2 (WHO, 2013).

^b Alle ATC codes startend met deze codes.

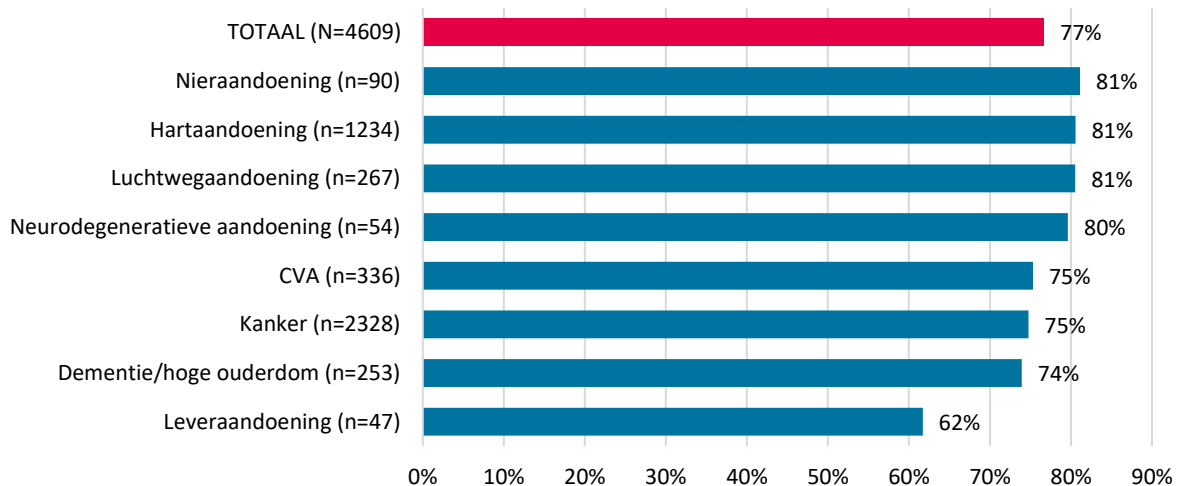
^c Berekend over groep die eerder, namelijk gedurende 12 tot 3 maanden voor overlijden al een recept kreeg voor deze medicatie.

Bij de recepten voor medicatie met twijfelachtige klinische waarde aan het levenseinde, zien we verschillen tussen groepen onderscheiden naar doodsoorzaak. Net als in 2017, is dergelijke medicatie het minst vaak gestopt in de laatste 3 levensmaanden bij mensen die overleden aan een nier- hart- of luchtwegaandoening: 81% van de mensen in die groepen die voor deze medicatie eerder een recept kreeg, ontving nog een herhaalrecept in de laatste 3 levensmaanden (Figuur 10). Voor mensen die in 2021 zijn overleden aan een leveraandoening werd medicatie met twijfelachtige klinische waarde het vaakst gestopt; desondanks ontving nog steeds 62% van de groep die daarvoor eerder een recept kreeg, een herhaalrecept aan het levenseinde. In 2017 was dit met 68% ook de aandoening waarbij het vaakst werd gestopt met twijfelachtige medicatie.

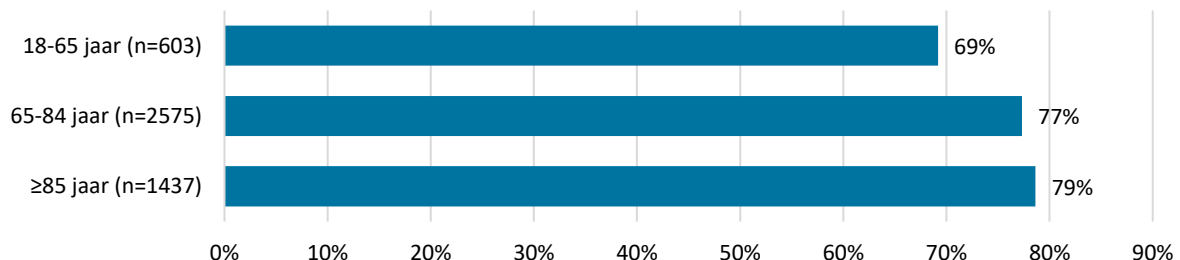
Ook zien we hierbij verschillen tussen leeftijdsgroepen. Voor mensen die in 2021 op 18-65-jarige leeftijd overleden, werd, in vergelijking met mensen die op oudere leeftijd overleden, aan het einde van het leven het vaakst gestopt met medicatie met op dat moment twijfelachtige klinische waarde. In die leeftijdsgroep van 18-65 jaar kreeg 31% van degenen waarbij die medicatie eerder was voorgeschreven, geen herhaalrecept meer in de laatste 3 levensmaanden (Figuur 11). In 2017 was dit

ook de groep waarbij het vaakst gestopt werd met deze medicatie; toen kreeg 32% geen herhaalrecept meer

Figuur 10 Percentage mensen, binnen de groep met eerder recept in periode 12 tot 3 maanden voor overlijden, met herhaalrecept voor medicatie met **twijfelachtige klinische waarde** in laatste 3 levensmaanden, naar doodsoorzaak, 2021 (N=4609)



Figuur 11 Percentage mensen, binnen de groep met eerder recept in periode van 12 tot 3 maanden voor overlijden, met herhaalrecept voor medicatie met **twijfelachtige klinische waarde** in laatste 3 levensmaanden, naar leeftijd, 2021 (N=4609)



Tot slot

Zonder extra registratielast voor zorgprofessionals, biedt deze rapportage inzicht in het voorschrijven van medicatie van huisartsen voor mensen uit de doelgroep van palliatieve zorg.

We vergeleken percentages uit 2021 met die van 2017. Hierbij valt op dat het percentage mensen dat in de laatste 3 levensmaanden een recept kreeg voor zwak- of sterkwerkende opioïden is afgenomen, van 55% in 2017 naar 48% in 2021. Hoewel het op individueel niveau soms een bewuste keuze van een huisarts kan zijn om geen opioïden voor te schrijven (bijvoorbeeld omdat andere pijninterventies worden toegepast), is deze daling mogelijk een ongunstige ontwikkeling. Het is echter onbekend hoeveel van deze mensen daadwerkelijk pijn hadden, wat de interpretatie van de daling van recepten voor zwak- of sterkwerkende opioïden lastig maakt.

Daarnaast is het percentage dat laxantia kreeg voorgeschreven naast opioïden in 2021 vergelijkbaar met 2017, namelijk 66% in 2021 en 68% in 2017. In beide jaren kreeg dus rond een derde van de

groep die opioïden kreeg geen recept voor laxantia. Omdat de kans op obstipatie hoog is bij gebruik van opioïden en landelijke pijnrichtlijnen aanbevelen om bij opioïden ook laxantia voor te schrijven, was een stijging van het percentage met een recept voor laxantia wenselijk geweest. Ook bij de herhaalrecepten voor medicatie die mogelijk niet-passend is of van twijfelachtige klinische waarde aan het levenseinde, zien we over de tijd weinig veranderingen, waar een afname van die herhaalrecepten wel wenselijk was.

We kunnen concluderen dat er een afname tussen 2017 en 2021 te zien is in de recepten van huisartsen voor opioïden, maar dat andere percentages vrijwel hetzelfde zijn gebleven. De COVID-19-pandemie en de beperkende maatregelen kunnen invloed hebben gehad op het voorschrijven van medicatie door de huisarts. Daardoor kunnen we geen harde conclusies trekken over de verschillen die we zien tussen 2021 en 2017. Het is dan ook essentieel om het voorschrijfgedrag van huisartsen bij mensen in de laatste levensfase de komende jaren te monitoren.

Het onderzoek

Deze rapportage is onderdeel van het project LeVePZ (Leren en Verbeteren in de Palliatieve Zorg), mogelijk gemaakt door ZonMw, programma Palliantie, projectnummer 10200022220002. Voor eerdere rapportages, zie hierna onder 'Meer weten?'

De gebruikte bestanden

Deze rapportage is gebaseerd op eigen berekeningen van niet-openbare Microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) betreffende (1) Doodsoorzaken van mensen die bij overlijden inwoners waren van Nederland; (2) Datum van overlijden van mensen die ingeschreven staan in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA); en (3) Persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven mensen, gecoördineerd. Daarnaast zijn de resultaten gebaseerd op eigen berekeningen op de data van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Dit project is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00322.011. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder individuele toestemming van patiënten of toetsing door een medisch ethische commissie (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub J AVGJ).

Hoe hebben we de doelgroep geselecteerd?

De gegevens in deze rapportage omvatten mensen die zijn overleden aan aandoeningen waarvan bekend is dat deze een chronisch en progressief verloop hebben en veelal gepaard gaan met een ziekbed en een behoefte aan palliatieve zorg. Hierbij volgden we de selectie zoals beschreven door Etkind e.a. (2017). Geselecteerde doodsoorzaken (ICD-10 codes) zijn: Kanker C00-C99; Hartaandoeningen (chronisch) I00-I52 (excl. I12 en I13); Luchtwegaandoeningen (chronisch) J40-J47, J96; Cerebrovasculair accident (CVA) I60-I69; Nieraandoeningen (chronisch) N17, N18, N28, I12, I13; Leveraandoeningen (chronisch) K70-K77; Dementie/seniliteit ((vasculaire) dementie, ziekte van Alzheimer, seniliteit) F01, F03, G30, R54; Neurodegeneratieve aandoeningen (o.a. Parkinson, Huntington, ALS en MS) G10, G12.2, G20, G23.1, G35, G90.3; en Hiv/aids B20-B24.

Keuzes bij rapportage van niet-passende en twijfelachtige medicatie

In deze rapportage hebben we de herhaalrecepten voor medicatie die aan het levenseinde mogelijk niet-passend is of van twijfelachtige waarde berekend over de groep die in de periode van 12 tot 3 maanden voor het overlijden al een recept voor de betreffende medicatie kreeg. Hierdoor zijn deze cijfers niet meer één-op-één te vergelijken met die uit de eerdere rapportage over 2017. Wel zijn in de voorliggende rapportages de herberekende cijfers uit 2017 in lopende tekst toegevoegd. De focus op herhaalrecepten maakt het nu en mogelijk voor de toekomst, veelzeggender voor de praktijk.

Bij het onderscheiden van de categorieën en ATC-codes van medicatie die niet passend is of van twijfelachtige waarde hebben we die uit de publicaties van Morin et al. 2018 en 2019 gebruikt (zie ook tabellen 3 en 4), die oorspronkelijk waren geformuleerd voor mensen van 75 jaar of ouder, maar ook gebruikt kunnen worden voor mensen van 65 jaar of ouder (Alwidyan, 2023).

Tabel 3 ATC-codes en bijbehorende stofnamen mogelijk niet-passende medicatie

Medicatiegroep	ATC	Naam	Uitgezonderd
A11: Vitaminen	A11CC	Vitamine D	
A12: Mineraalsupplementen	A12A	Calcium	
C01: Cardiaca	C01C	Hartstimulantia, niet zijnde hartglycosiden	
C02: Antihypertensiva	C02	Alle antihypertensiva	Alfablokkers (C02CA en C02LE)
C04: Perifere vasodilatantia	C04	Alle perifere vasodilatantia	
C10: Antilipaemica	C10	Alle antilipaemica	
L03: Immunostimulantia	L03A	Immunostimulantia	
M05: Middelen bij botziekten	M05B	Botstructuur en botmineralisatie beïnvloedende middelen	
N06: Psychoanaleptica	N06D	Dementiemiddelen	

Bron: Morin et al., 2018 en 2019

Tabel 4 ATC-codes en bijbehorende stofnamen medicatie met twijfelachtige klinische waarde

Medicatiegroep	ATC	Naam	Uitgezonderd
A02: Middelen bij zuurgerelateerde afwijkingen	A02	Alle middelen bij zuurgerelateerde afwijkingen	
A10: Diabetesmiddelen	A10B	Bloedglucose verlagende middelen, niet zijnde insuline	Metformine (A10BA02)
B01: Antithrombotica	B01AA	Vitamine K antagonisten	
	B01AB01	Heparine	
	B01AC	Trombocytenaggregatie remmers, niet heparine	
	B01AE	Directe trombineremmers	
	B01AF	Directe remmers van factor Xa	
	B01AD	Enzymen	
B03: Middelen bij anemie	B03	Alle middelen bij anemie	
B05: Bloedvervangingsmiddelen en perfusievloeistoffen	B05A	Bloedproducten en verwante middelen	
C01: Cardiaca	C01A	Hartglycosiden	
C02: Antihypertensiva	C02CA	Alfablokkers	
	C02LE	Combinaties van alfablokkers en diuretica	
	C03A	Low-ceiling diuretica, thiaziden	
	C03B	Low-ceiling diuretica, niet zijnde thiaziden	
C03: Diuretica	C03D	Aldosteronantagonisten en andere kaliumsparende middelen	Spirolactone (C03DA01)
	C07AA	Niet-selectieve bèta-blokkers	
	C08	Alle calciumantagonisten	
C09: Middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem	C09A	ACE-remmers	
	C09B	ACE-remmers combinatiepreparaten	
	C09C	Angiotensine-ii-antagonisten	
	C09D	Angiotensine-ii-antagonisten combinatiepreparaten	
G04: Urologica	G04CA51	Finasteride	
H03: Schildkliermiddelen	H03C	Jodium	
L01: Oncolytica	L01	Alle oncolytica	
L02: Hormonen	L02	Alle endocriene therapieën	
L04: Immunosuppressiva	L04A	Immunosuppressiva	
M04: Jichtmiddelen	M04	Alle jichtmiddelen	
R03: Middelen bij astma/COPD	R03C	Sympathicomimetica voor systemisch gebruik	
	R03D	Overige middelen bij astma/COPD voor systemisch gebruik	

Bron: Morin et al., 2018 en 2019

Meer weten?

U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Meer informatie over het project LeVePZ: ga naar <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/leren-en-verbeteren-de-palliatieve-zorg-levepz>.

Voor de andere rapportages in deze serie met cijfers over 2021 zie:

[Kenmerken van de populatie en gebruik van ziekenhuis- en huisartsenzorg in 2021](#)

[Acute zorg in het ziekenhuis en van de huisartsenpost in 2021](#)

[IC-opnamen en andere potentieel niet-passende ziekenhuisbehandelingen in de laatste levensmaand in 2021](#)

Voor de vier eerdere rapportages in deze serie met gedetailleerde cijfers over 2017 zie:

[Kenmerken van de populatie en gebruik van ziekenhuis- en huisartsenzorg](#)

[Acute zorg in het ziekenhuis en van de huisartsenpost](#)

[Voorschrijven van medicatie door de huisarts](#)

[IC-opnamen en andere potentieel niet-passende behandelingen in het ziekenhuis](#)

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt:

Man, Y. de, Oosterveld, M., Heins, M., Velden, A. van der, Fransen, H., Teunissen, S., Reyners, A., Middelburg-Hebly, M., Cramer-van der Welle, C., Onwuteaka-Philipsen, B., Francke, A. Voorschrijven van medicatie door de huisarts in 2021. Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers. Utrecht: Nivel, 2024.

Literatuur

Alwidyan, T., McCorry, N. K., Black, C., Coulter, R., Forbes, J., & Parsons, C. Prescribing and deprescribing in older people with life-limiting illnesses receiving hospice care at the end of life: A longitudinal, retrospective cohort study. *Palliative Medicine*, 2024; 38.1: 121-130. <https://doi.org/10.1177/02692163231209>

Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*, 2017; 15.1, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>

Heins, M., Oosterveld, M., Reyners, A., Boddaert, M., Engels, Y., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B., Verheij, R., & Francke, A. Factsheet 3: Voorschrijven van medicatie door de huisarts. Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers. Utrecht: Nivel 2020.

Morin, L., Laroche, M. L., Vetrano, D. L., Fastbom, J., & Johnell, K. Adequate, questionable, and inadequate drug prescribing for older adults at the end of life: a European expert consensus. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2018; 74, 1333-1342. <https://doi.org/10.1007/s00228-018-2507-4>

Morin, L., Wastesson, J. W., Laroche, M. L., Fastbom, J., & Johnell, K. How many older adults receive drugs of questionable clinical benefit near the end of life? A cohort study. *Palliative Medicine*, 2019; 33, 1080-1090. <https://doi.org/10.1177/0269216319854013>

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Anesthesiologie (NVA). Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen. 2019. Geraadpleegd van <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg>

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Anesthesiologie (NVA). Pijn bij patiënten met kanker. 2019. Geraadpleegd van <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/pijn-bij-patienten-met-kanker>

de Schreye R, Houttekier D, Deliens L, Cohen J. Developing indicators of appropriate and inappropriate end-of-life care in people with Alzheimer's disease, cancer or chronic obstructive pulmonary disease for population-level administrative databases: A RAND/UCLA appropriateness study. Palliative Medicine, 2017; 31.10, 932-945. <https://doi.org/10.1177/0269216317705099>

Verenso. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. 2016. Geraadpleegd van <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/pijn>

World Health Organization (WHO). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 1996. Geraadpleegd van <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37896/9241544821.pdf;jsessionid=F3E0E6CB93938132F10AD178AA4FB749?sequence=1>

World Health Organization (WHO). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment 2013. 2013. Geraadpleegd van https://www.whooc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/guidelines/