

PALLIATIEVE ZORG IN NEDERLAND: FEITEN EN CIJFERS

Voorschrijven van medicatie door de huisarts in 2023

Yvonne de Man, Karin Hek, Annette van der Velden, Christine Cramer-van der Welle, Mariska Oosterveld

Palliatieve zorg richt zich op de kwaliteit van leven van mensen en hun naasten die worden geconfronteerd met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, waarbij genezing niet meer mogelijk is. Deze rapportage is onderdeel van de reeks “Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers” en presenteert actuele cijfers over mensen die in 2023 zijn overleden aan aandoeningen waarbij de inzet van palliatieve zorg van betekenis kan zijn, oftewel “de doelgroep van palliatieve zorg”. Eerdere rapportages bevatten gegevens over mensen overleden in 2017 en 2021.

Goede pijnmedicatie 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 door de huisarts in de laatste 3 maanden van het leven. Daarnaast wordt gekeken naar het voorschrijven van medicatie die vanuit klinisch oogpunt niet langer passend is of mogelijk twijfelachtige waarde heeft aan het einde van het leven.

Belangrijke cijfers		2023	Was in <u>2021</u> <u>2017</u> Klik op de jaartallen voor de bijbehorende rapportages	
	Totaal aantal overledenen in Nederland aan aandoeningen waarbij palliatieve zorg van betekenis zou kunnen zijn ^a	112.488	106.466	109.707
Medicatierecepten in laatste 3 levensmaanden onder een steekproef ^b van:		7781 mensen	6993 mensen	7084 mensen
	% met recept voor zwak- of sterkwerkende opioïden	57%	48%	55%
	% met recept voor laxantia (berekend over groep die in laatste 3 levensmaanden recept voor opioïden kreeg)	65%	66%	68%
	% met recept voor co-analgetica ¹	11%	13%	14%
	% met herhaalrecept voor niet-passende medicatie ^c	63%	68%	70%
	% met herhaalrecept voor medicatie van twijfelachtige klinische waarde ^d	75%	77%	79%

^a Gebaseerd op de selectiemethode van Etkind e.a. (2017) betreft dit alle mensen die in 2023 in Nederland zijn overleden aan aandoeningen waarbij palliatieve zorg relevant kan zijn. Het gaat om overlijdens door kanker, orgaanfalen (chronische

¹ Co-analgetica zijn middelen die primair een andere indicatie hebben (zoals antidepressiva of anti-epileptica), maar ook een pijnstillend effect kunnen hebben, met name bij zenuwpijn (neuropathische pijn).

aandoeningen van longen, hart, nieren en lever), dementie of hoge ouderdom, hiv/aids, neurodegeneratieve ziekten (zoals Parkinson, MS en ALS), en cerebrovasculaire aandoeningen (zoals herseninfarcten en hersenbloedingen). Dit is exclusief mensen overleden aan COVID-19.

^b Deze mensen waren tot overlijden ingeschreven bij een huisartsenpraktijk.

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

De serie 'Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers' presenteert cijfers over mensen die overleden aan een aandoening waarbij de inzet van palliatieve zorg van betekenis zou kunnen zijn. Dit zijn aandoeningen waarvan bekend is dat deze een chronisch en/of progressief verloop hebben en waarbij overlijden verwacht wordt. Acute overlijdens worden buiten beschouwing gelaten. Voor de leesbaarheid gebruiken we in de rapportage de term 'doelgroep van palliatieve zorg' om naar deze groep te verwijzen.

Vergelijkingen over de jaren

Deze rapportage vergelijkt medicatievoorschriften in de laatste levensmaanden van mensen overleden in 2023 met gegevens uit 2017 en 2021. De cijfers worden uitgesplitst naar leeftijd en doodsoorzaak. De doodsoorzaken zijn gegroepeerd in vier hoofdcategorieën: kanker, orgaanfalen (chronische hart-, long- lever- en nieraandoeningen), dementie/hoge ouderdom² en overige aandoeningen (cerebrovasculaire aandoeningen, neurodegeneratieve aandoeningen en hiv/aids). Een aantal van deze cijfers betreft kwaliteitsindicatoren van goede farmacologische zorg aan het levenseinde, en zijn onderbouwd door De Schreye et al. (2017). Omdat er geen formele streefnormen bestaan zijn trends over de jaren heen van belang om ontwikkelingen in de kwaliteit van farmacologische zorg zichtbaar te maken.

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.

Hoeveel mensen kregen pijnmedicatie voorgeschreven?

Pijn komt veel voor in de palliatieve fase. Op basis van de landelijk representatieve gegevens van Nivel Zorgregistraties eerste lijn identificeerden we 7781 mensen van 18 jaar en ouder die in 2023 zijn overleden én behoorden tot de doelgroep van palliatieve zorg én tot het einde van hun leven stonden ingeschreven bij een huisartsenpraktijk die deelneemt aan de Nivel Zorgregistraties eerste lijn. De cijfers in deze rapportage zijn gebaseerd op analyses onder deze steekproef van 7781 personen. Het gaat daarbij om veelal thuiswonende mensen. Het aandeel mensen met dementie (7%) en de gemiddelde leeftijd bij overlijden liggen lager dan in de totale doelgroep van palliatieve zorg, omdat mensen met dementie vaak in intramurale zorginstellingen verblijven aan het einde van hun leven.

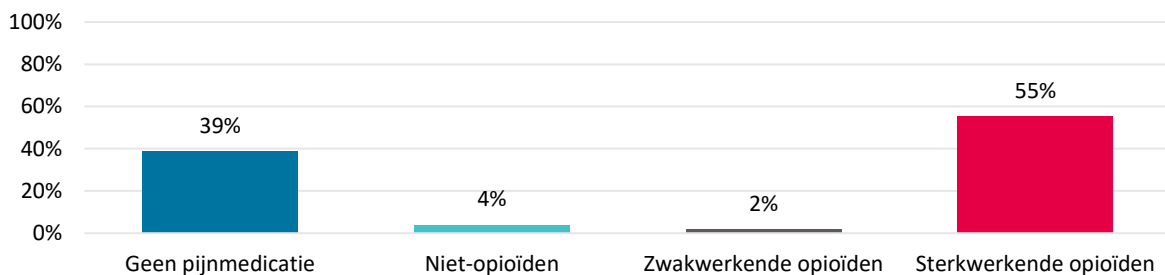
²Het CBS hanteert voor de groep dementie/hoge ouderdom de term dementie/seniliteit, waarbij seniliteit slaat op geestelijke en lichamelijke achteruitgang door ouderdom. Wij kiezen ervoor om te spreken van dementie/hoge ouderdom.

De gegevens in Nivel Zorgregistraties eerste lijn geven geen informatie over daadwerkelijke pijnklachten, maar wel over voorgeschreven pijnmedicatie door de huisarts. Voor de rapportage hanteren we de indeling uit de WHO-pijnladder (1996), zoals ook overgenomen in de NHG-richtlijn voor pijn. De eerste stap op de WHO-pijnladder is het voorschrijven van niet-opioïden (paracetamol en/of een NSAID). Als de pijn hiermee niet voldoende wordt verlicht, volgt de tweede stap, waarin een zwakwerkend opioïde (zoals tramadol) wordt voorgeschreven. Als dit ook niet voldoende pijnverlichting biedt, volgt de derde stap met een sterkwerkend opioïde (zoals morfine).

Een hoog percentage mensen uit de doelgroep van palliatieve zorg met een voorschrift voor opioïden in de laatste 3 maanden van het leven kan een **indicator** zijn van goede **kwaliteit** van farmacologische zorg (de Schreye e.a., 2017). Een stijging van dit percentage over de tijd kan wijzen op verbeteringen in pijnbestrijding aan het levenseinde.

In de laatste 3 levensmaanden kreeg, van de eerdergenoemde groep van 7781 mensen, 61% enige vorm van pijnmedicatie en 57% zwak- of sterkwerkende opioïden voorgeschreven (Figuur 1). Dat is hoger dan in 2021 (48%) en vergelijkbaar met 2017 (55%). Wanneer er opioïden worden voorgeschreven, zijn dat - net als in eerdere jaren - voornamelijk sterkwerkende opioïden.

Figuur 1 Percentage mensen met een recept voor pijnmedicatie in laatste 3 levensmaanden, 2023 (N=7781)

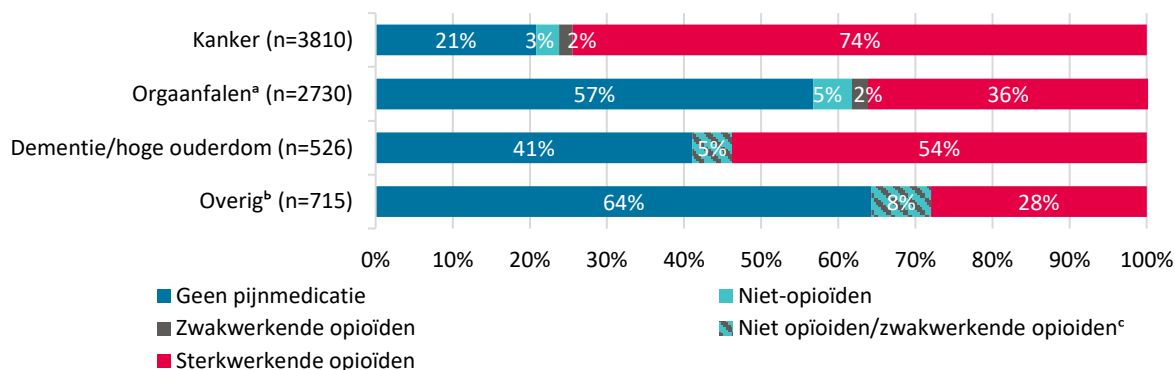


Let op: Het gebruik van zelfzorgmiddelen, zoals paracetamol zonder recept, wordt niet geregistreerd in deze gegevens.

Toelichting op de indeling: Als een persoon een recept voor medicatie uit meerdere stappen van de WHO-pijnladder 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.

Er zijn duidelijke verschillen in het gebruik van opioïden tussen de verschillende doodsoorzaken. Mensen die overleden aan kanker kregen het vaakst een (herhaal)recept voor opioïden: 74% in 2023 (Figuur 2). Dit percentage is hoger dan in 2021 (65%) en vergelijkbaar met 2017 (75%). Tussen leeftijdscategorieën zijn de verschillen kleiner; het voorschrijfpercentage varieerde, net als in voorgaande jaren, nauwelijks tussen de leeftijdscategorieën (Figuur).

Figuur 2 Percentage mensen met recept(en) voor pijnmedicatie in laatste 3 levensmaanden, naar doodsoorzaak, 2023 (N=7781)



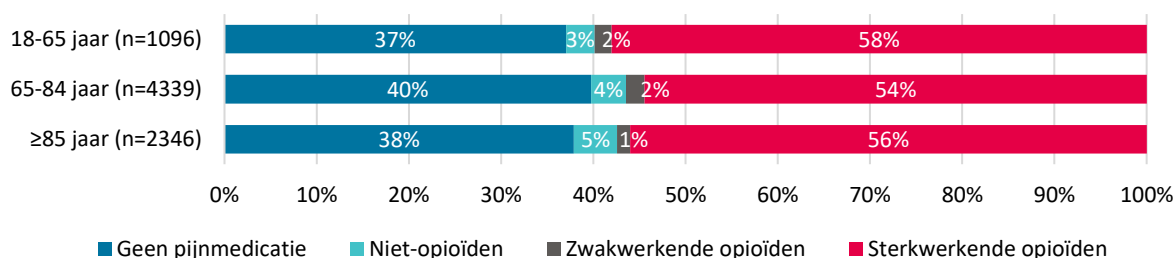
^a Hieronder vallen chronische Luchtwegaandoeningen, Hartaandoeningen, Nieraandoeningen en Leveraandoeningen.

^b Hieronder vallen hiv/aids, neurodegeneratieve aandoeningen en cerebrovasculaire aandoeningen.

^c 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%.

Figuur 3 Percentage mensen met recept(en) voor pijnmedicatie in laatste 3 levensmaanden, naar leeftijdscategorie, 2023 (N=7781)



Hoe vaak kregen mensen een recept voor co-analgetica?

In sommige gevallen krijgen patiënten géén klassieke pijnmedicatie voorgeschreven, maar worden medicijnen voorgeschreven die naast een ander primair doel ook een pijnstillende werking hebben, zogenoemde co-analgetica. Dit betekent dat mensen die geen opioïden of niet-opioïden voorgeschreven kregen, toch pijnbestrijding kunnen hebben ontvangen in de vorm van co-analgetica.

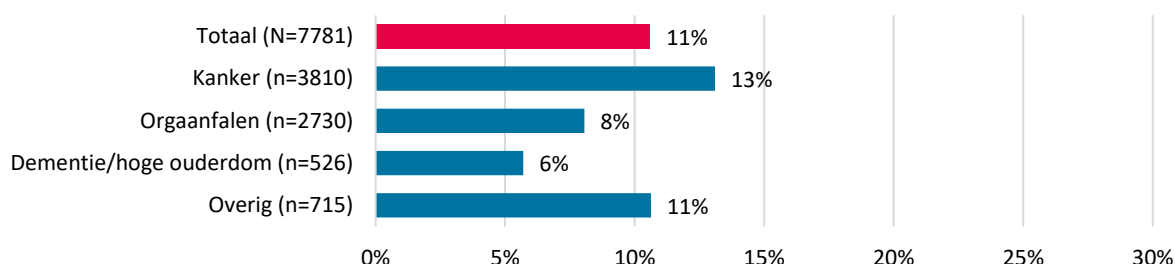
Het apart analyseren van co-analgetica is belangrijk om een volledig beeld te krijgen van de farmacologische pijnbehandeling in de laatste levensfase. Tegelijkertijd is het lastig te zeggen waarvoor deze medicijnen precies zijn voorgeschreven, omdat deze middelen ook kunnen worden voorgeschreven voor andere aandoeningen.

In 2023 kreeg 11% van de mensen in de laatste 3 levensmaanden een recept voor co-analgetica. (Figuur 4). Dit lijkt geleidelijk af te nemen met de jaren. In 2021 was dit namelijk nog 13% en in 2017 14%. Van de 3020 mensen die in 2023 geen pijnmedicatie kregen (WHO-stap 0), kreeg 7% co-

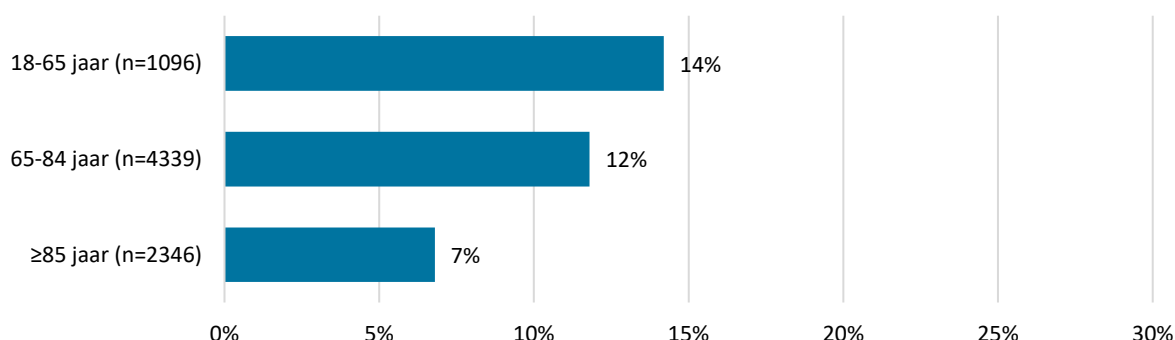
analgetica voorgeschreven. Het totale percentage dat pijnmedicatie kreeg voorgeschreven door de huisarts, inclusief co-analgetica, is 64%, al moet dit cijfer met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege de mogelijke andere toepassingen van co-analgetica.

Het voorschrijven van co-analgetica varieert naar doodsoorzaak en leeftijd (Figuur 4 en 5). Mensen die overleden aan kanker kregen het vaakst co-analgetica voorgeschreven (13%) terwijl dit bij mensen met dementie of hoge ouderdom slechts 6% was. Deze verdeling komt overeen met voorgaande jaren. Ook bij jongere patiënten (18-65 jaar) was het gebruik van co-analgetica hoger (14%) dan bij ouderen van 85 jaar en ouder (7%). Ook dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Figuur 4 Percentage mensen met recept(en) voor co-analgetica in de laatste 3 levensmaanden, naar doodsoorzaak, 2023 (N=7781)



Figuur 5 Percentage mensen met recept(en) voor co-analgetica in de laatste 3 levensmaanden, naar leeftijdscategorie, 2023 (N=7781)



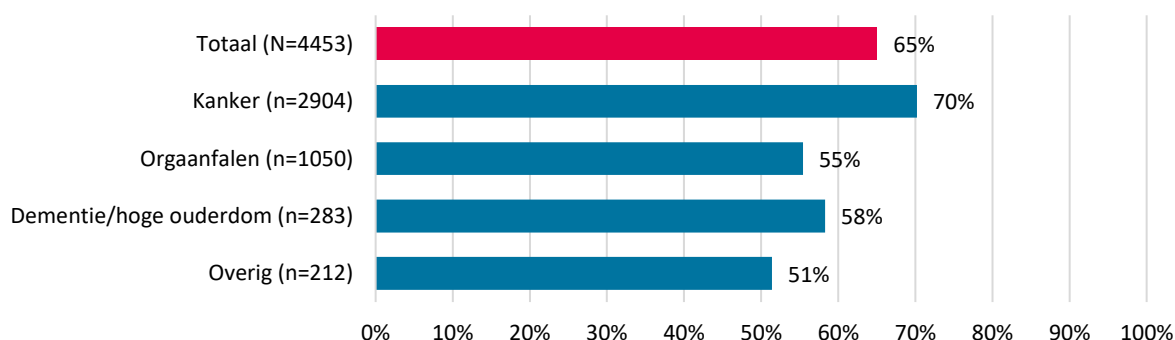
Hoe vaak kregen mensen naast opioïden ook laxantia voorgeschreven?

In 2023 kreeg 65% van de mensen die opioïden kregen voorgeschreven in de laatste 3 levensmaanden, ook een voorschrift voor laxantia (Figuur 6). Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. In 2021 was dit 66%. In 2017 was dit 68%. In het kader van hiernaast genoemde kwaliteitsindicator zou een stijging over de jaren mogelijk een positieve ontwikkeling zijn geweest.

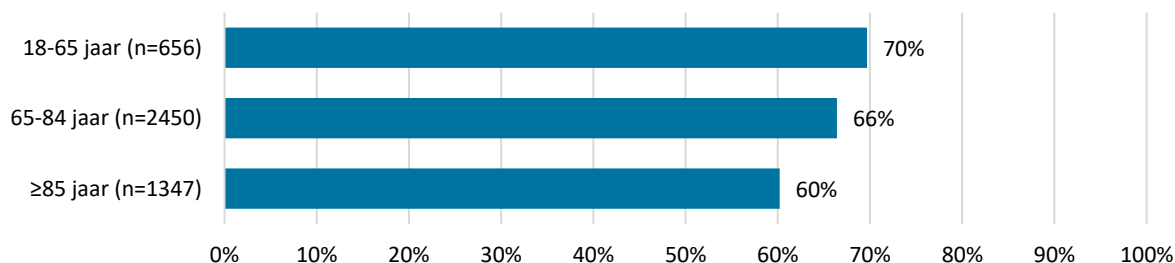
Een veelvoorkomende bijwerking van opioïden is obstipatie. Om die reden bevelen richtlijnen het gelijktijdig voorschrijven van laxantia (geneesmiddelen die de darmfunctie bevorderen) aan (NVA, 2019; Verenso, 2016), ongeacht of klachten al zijn opgetreden. Het percentage mensen dat laxantia kreeg naast opioïden kan worden beschouwd als een **kwaliteitsindicator** van zorg.

Figuur 6 laat ook zien dat er verschillen zijn tussen groepen mensen met verschillende doodsoorzaken. Het voorschrijven van laxantia was, net als in eerdere jaren, het hoogst onder mensen die overleden aan kanker (70%). We zien de minste voorschriften voor de categorie overig (51%). Deze categorie omvat mensen overleden aan hiv/aids, neurodegeneratieve aandoeningen en cerebrovasculaire aandoeningen. Het voorschrijven van laxantia verschilt tussen leeftijdsgroepen. Mensen overleden tussen 18 en 64 jaar kregen het vaakst laxantia voorgeschreven naast opioïden (70%, zie Figuur 7), en mensen van 85 jaar en ouder het minst vaak (60%). Deze dalende percentages naarmate de leeftijd stijgt vonden we niet consistent in eerdere rapportages. In 2021 zagen we dat de leeftijdsgroep van 65-84 jaar het vaakst laxantia samengaand met opioïden kreeg voorgeschreven.

Figuur 6 Percentage mensen met recept(en) voor laxantia samengaand met opioïden in laatste 3 levensmaanden, naar doodsoorzaak, 2023 (N=4453)



Figuur 7 Percentage mensen met recept(en) voor laxantia samengaand met opioïden in laatste 3 levensmaanden, naar leeftijdscategorie, 2023 (N=4453)



Hoe vaak wordt niet-passende medicatie of medicatie met mogelijk twijfelachtige klinische waarde aan het levenseinde voorgeschreven?

Van de mensen uit de doelgroep van palliatieve zorg die tussen 12 en 3 maanden voor overlijden medicatie voorgeschreven kregen die aan het levenseinde **niet passend** meer is, kreeg 63% in de laatste 3 maanden voor overlijden een herhaalrecept (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. Dit percentage is lager dan in 2021 (68%) en 2017 (70%), wat kan duiden op een lichte verbetering in het stoppen van niet-passende medicatie aan het levenseinde. Zie Tabel 3 en 4 voor een overzicht van de betrokken ATC-codes en geneesmiddelen.

Antilipaemica (cholesterolverlagers) werden het meest vaak nog voorgeschreven (64%) in de laatste 3 levensmaanden, gevolgd door vitamine D (58%) en dementiemedicatie (59%).

Sommige medicatie die bij een goede levensverwachting zinvol is, kan aan het levenseinde niet meer passend zijn of twijfelachtige klinische waarde hebben (Morin et al., 2018; 2019). Dan moet worden overwogen de medicatie te staken, zeker als de risico's van inname groter zijn dan de verwachte voordelen, of als het doel van de behandeling de levensverwachting overstijgt. Voor niet-passende medicatie bestaat brede consensus dat deze gestaakt moet worden; bij medicatie van twijfelachtige klinische waarde hangt dit af van de individuele situatie van de patiënt. Een laag percentage personen uit de doelgroep van palliatieve zorg dat in de laatste 3 levensmaanden een herhaalrecept kreeg voor dergelijke medicatie, geldt als **kwaliteitsindicator** voor goede farmacologische zorg.

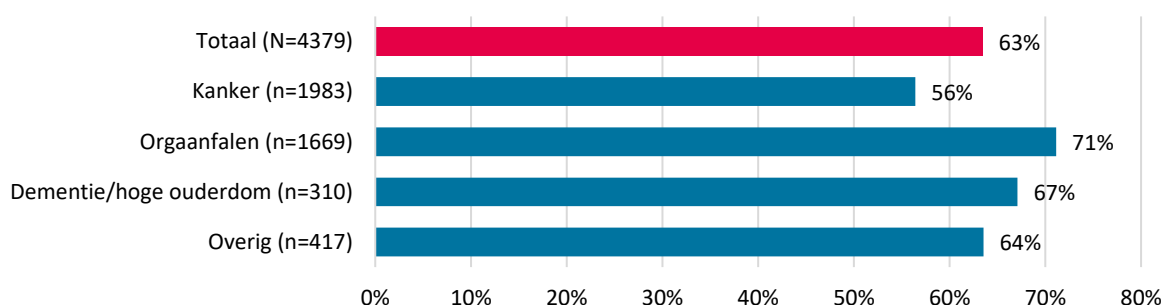
Tabel 1 Percentage mensen met herhaalrecept voor **niet-passende** medicatie in laatste 3 levensmaanden en aantal mensen uit doelgroep van palliatieve zorg met recept voor deze medicatie 12 tot 3 maanden voor overlijden, naar medicatiegroep, 2023 (N=7781)

Specifiek middel	Aantal mensen met recept tussen 12 en 3 maanden voor overlijden	% mensen met herhaalrecept laatste 3 levensmaanden ^a
Vitamine D	1524 (20%)	58%
Calcium	1157 (15%)	56%
Hartstimulantia, niet zijnde hartglycosiden	20 (0%)	<10 personen
Alle antihypertensiva	96 (1%)	54%
Alle perifere vasodilantia	<10 (0%)	0%
Alle antilipaemica	2732 (35%)	64%
Immunostimulantia	49 (1%)	24%
Botstructuur en botmineralisatie beïnvloedende middelen	483 (6%)	48%
Dementiemiddelen	58 (1%)	59%
	4397 (56%)	63%

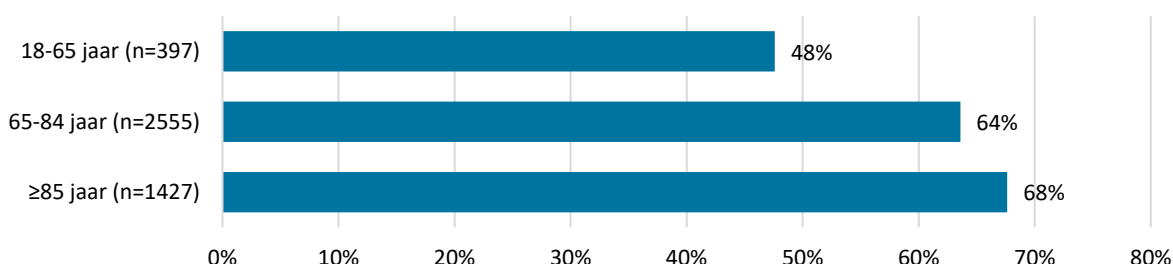
^a Berekend over groep die eerder, namelijk gedurende 12 tot 3 maanden voor overlijden al een recept kreeg voor deze medicatie. De geselecteerde medicatiegroepen zijn gebaseerd op internationale literatuur waarin deze middelen als potentieel niet passend aan het levenseinde worden beschouwd (o.a. Morin et al., 2018). Zie Tabel 3 voor een overzicht van de gebruikte ATC-codes.

Mensen die overleden aan orgaanfalen kregen het vaakst nog herhaalrecepten in de laatste 3 maanden (71%, Figuur 8). Dat is in lijn met de cijfers uit 2021. Het stoppen met niet-passende medicatie gebeurt vaker bij jongere patiënten dan bij ouderen, een patroon dat ook zichtbaar was in voorgaande jaren (Figuur 9).

*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, 2023 (N=4379)*



*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, 2023 (N=4379)*



Ook medicatie met **twijfelachtige klinische waarde** werd veelal voortgezet: 75% kreeg hiervoor in de laatste 3 levensmaanden een herhaalrecept (Tabel 2), iets minder dan in 2021 (77%) en 2017 (79%). Ook hier geldt dat het voorschrijven van deze medicatie in de laatste drie levensmaanden kritisch moet worden afgewogen. Hoewel sommige middelen in eerdere fases nog van waarde konden zijn, is de klinische meerwaarde richting het levenseinde vaak beperkt. Het is daarom belangrijk om per individu te beoordelen of voortzetting nog passend is, of dat stoppen beter aansluit bij de behoeften en doelen van zorg in de palliatieve fase.

Vooraf hartglycosiden (voor hartfalen) en maagzuurremmers werden vaak voortgezet (74% en 72%), terwijl oncolytica het vaakst werden gestaakt (23% kreeg nog een herhaalrecept).

Tabel 2 Percentage mensen met herhaalrecept voor medicatie met **twijfelachtige klinische waarde** 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, 2023 (N=7781)

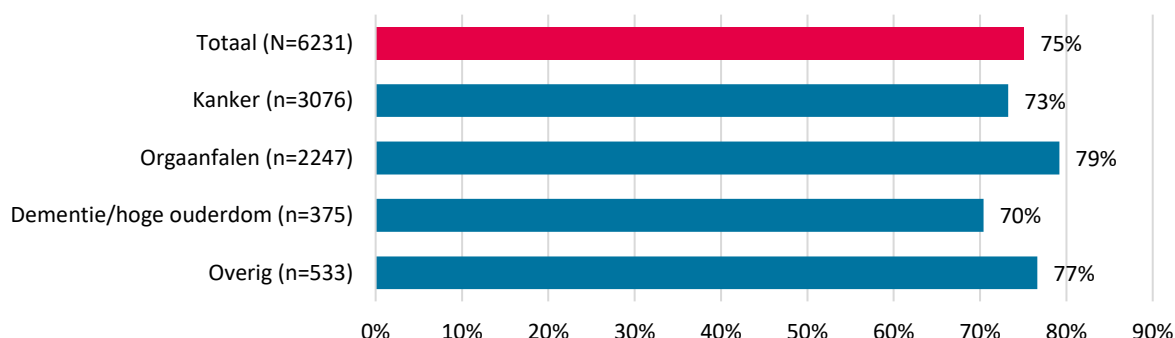
Specifiek middel	Aantal mensen met recept tussen 12 en 3 maanden voor overlijden	% mensen met herhaalrecept laatste 3 levensmaanden ^a
Alle middelen bij zuurgerelateerde afwijkingen	4260 (55%)	70%
Bloedglucose verlagende middelen, niet zijnde insuline	838 (11%)	65%
Vitamine K antagonisten, Heparine, Trombocytenaggregatie remmers, niet heparine, Directe trombineremmers Directe remmers van factor Xa, Enzymen, Overige antithrombotica	2098 (27%)	66%
Alle middelen bij anemie	1302 (17%)	51%
Bloedproducten en verwante middelen	<10 (0%)	0%
Hartglycosiden	411 (5%)	74%
Alfablokkers, Combinaties van alfablokkers en diuretica	79 (1%)	53%
Low-ceiling diuretica, thiaziden, Low-ceiling diuretica, niet zijnde thiaziden, Aldosteronantagonisten en andere kaliumsparende middelen	123 (2%)	67%
Niet-selectieve bèta-blokkers	228 (3%)	64%
Alle calciumantagonisten	1579 (20%)	63%
ACE-remmers (incl. combinatiepreparaten), Angiotensine-ii-antagonisten (incl. combinatiepreparaten)	2874 (37%)	64%
Finasteride	<10 (0%)	0%
Jodium	<10 (0%)	0%
Alle oncolytica	475 (6%)	23%
Alle endocriene therapieën	378 (5%)	48%
Immunosuppressiva	194 (2%)	52%
Alle jichtmiddelen	467 (6%)	65%
Sympathicomimetica voor systemisch gebruik, Overige middelen bij astma/COPD voor systemisch gebruik	40 (1%)	45%
	6231 (80%)	75%

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

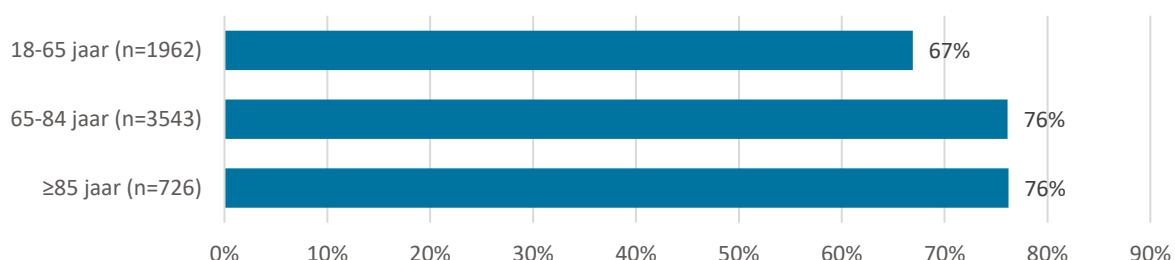
De geselecteerde medicatiegroepen zijn gebaseerd op internationale literatuur waarin deze middelen als potentieel niet passend aan het levenseinde worden beschouwd (o.a. Morin et al., 2018). Zie Tabel 3 voor een overzicht van de gebruikte ATC-codes.

Bij het voortzetten van medicatie met twijfelachtige klinische waarde aan het levenseinde zien we verschillen tussen groepen op basis van hun doodsoorzaak. Mensen met orgaanfalen kregen het vaakst nog herhaalrecepten voor deze medicatie (79%, Figuur 10). Daarentegen werd deze medicatie het vaakst stopgezet bij mensen die in 2023 overleden aan dementie/hoge ouderdom, hoewel nog steeds 70% van deze groep een herhaalrecept ontving in de laatste levensfase. Voor jongere mensen (18-65 jaar) werd in 2023 relatief het vaakst gestopt met medicatie van twijfelachtige klinische waarde: 31% van hen kreeg geen herhaalrecept in de laatste 3 levensmaanden (Figuur 11). Dit is een consistent patroon over de jaren.

*Figuur 10 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg met recept in 12 tot 3 maanden voor overlijden én herhaalrecept in laatste 3 levensmaanden voor **twijfelachtige klinische waarde**, naar doodsoorzaak, 2023 (N=6231)*



*Figuur 11 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg met recept in 12 tot 3 maanden voor overlijden én herhaalrecept in laatste 3 levensmaanden voor **twijfelachtige klinische waarde** in laatste 3 levensmaanden, naar leeftijd, 2023 (N=6231)*



Tot slot

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

We vergeleken percentages uit 2023 met die van 2017 en 2021. In 2021 zien we op enkele indicatoren lagere percentages dan in 2017 en 2023. Hoewel we hierover geen harde uitspraken kunnen doen, is het mogelijk dat de coronapandemie hier invloed op heeft gehad.

De resultaten laten zien dat het voorschrijven van opioïden in de laatste 3 levensmaanden van 48% in 2021 naar 57% in 2023 is toegenomen, waarmee het niveau van 2017 (55%) wordt benaderd. Dit zou kunnen wijzen verbeterde aandacht voor pijnbestrijding. Zeer waarschijnlijk speelt mee dat het percentage in 2021 tijdelijk lager was door de impact van de COVID-19-pandemie op de huisartsenzorg. De resultaten laten ook zien dat er niet altijd laxantia bij opioïdegebruik worden voorgeschreven. Dit gebeurde voor 65% van de mensen in 2023. Dat is nagenoeg gelijk aan eerdere jaren. Het voorschrijven van medicatie met twijfelachtige klinische waarde of niet-passende medicatie is nog steeds hoog, maar er is een lichte daling zichtbaar over de tijd. Zo daalde het percentage herhaalrecepten voor niet-passende medicatie van 70% in 2017 naar 63% in 2023, en voor medicatie met twijfelachtige klinische waarde van 79% naar 75%. Dit kan een indicatie zijn dat er door huisartsen bewuster wordt omgegaan met het wel of niet voorschrijven van medicatie die mogelijk geen klinische meerwaarde meer heeft. We zien over de jaren ook een structureel verschil in voorschriften van niet-passende medicatie en medicatie met twijfelachtige klinische waarde naar

leeftijd. Bij jonge mensen wordt in de laatste drie levensmaanden het vaakst gestopt met deze medicatie.

Bij het interpreteren van de cijfers is het belangrijk om te beseffen dat de gegevens alleen betrekking hebben op voorschriften van de huisarts. In zorginstellingen zoals verpleeghuizen kunnen andere voorschrijfpatronen voorkomen of andere medicatiebehoeften. Ook kan medicatie zijn voorgeschreven door andere zorgverleners dan de huisarts, zoals specialisten of huisartsenposten. Deze zijn niet zichtbaar in deze data. Ook zelfzorgmedicatie (zoals paracetamol) wordt niet geregistreerd. Hierdoor kan het werkelijke gebruik van pijnmedicatie hoger liggen dan uit deze gegevens blijkt.

Deze bevindingen onderstrepen de noodzaak van blijvende bewustwording en scholing over optimaal medicatiebeleid in de palliatieve fase. Het blijven monitoren van het voorschrijfgedrag bij mensen in de laatste levensfase is essentieel om verdere verbeteringen in de kwaliteit van (palliatieve) zorg te realiseren. De cijfers zijn bedoeld als input voor reflectie, leren en verbeteren in de praktijk. Ze bieden geen sluitend oordeel, maar een uitnodiging om lokaal of regionaal verder te bestuderen en het gesprek aan te gaan over goede farmacologische zorg in de laatste levensfase. Daarnaast kunnen gerichte interventies zoals ondersteuning bij medicatiebeoordelingen en hulpmiddelen voor medicatieafbouw verbeteringen bevorderen.

Het onderzoek

Dit project is mede mogelijk gemaakt door het [Nationaal Programma Palliatieve Zorg II](#). 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 NZR00324.057. 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 gaan over 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 te vinden in Tabel 3.

Tabel 3 Toegepaste indeling doodsoorzaken en ICD-10-codes

Doodsoorzaak categorie	ICD-10 codes
Kanker	C00-C97
Orgaanfalen	Luchtwegaandoeningen (chronisch): J40-J47, J96. Hartaandoeningen (chronisch) I00-I52 (excl. I12 en I13). Nieraandoeningen (chronisch): N17, N18, N28, I12, I13. Leveraandoeningen (chronisch): K70-K77.

Dementie/hoge ouderdom	F01, F03, G30, R54
Overig	Hiv/aids: B20-B24. Neurodegeneratieve aandoeningen (o.a. Parkinson, MS, ALS): G10, G12.2, G20, G23.1, G35, G90.3. Cerebrovasculaire aandoeningen: I60-I69.

Keuzes bij rapportage van niet-passende medicatie en medicatie van twijfelachtige klinische waarde

De categorieën van niet-passende medicatie en medicatie van twijfelachtige klinische waarde en bijbehorende ATC-codes zijn overgenomen uit publicaties van Morin et al. 2018 en 2019 (zie ook Tabellen 4 en 5). Hoewel de indeling oorspronkelijk was geformuleerd voor mensen van 75 jaar of ouder, is deze ook van toepassing op mensen jonger dan 75 jaar (Alwidyan, 2023).

Tabel 4 ATC-codes en bijbehorende stofnamen niet-passende medicatie

Medicatiegroep	ATC	Naam	Uitgezonderd
A11: Vitaminen	A11CC	Vitamine D	
A12: Mineralsupplementen	A12A	Calcium	
C01: Cardica	C01C	Hartstimulantia, niet zijnde hartglycosiden	
C02: Antihypertensiva	C02	Alle antihypertensiva	Alfablokkers (C02CA en C02LE)
C04: Perifere vasodilantia	C04	Alle perifere vasodilantia	
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 5 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	
	B01AX	Overige antithrombotica	
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	
C03: Diuretica	C03A	Low-ceiling diuretica, thiaziden	
	C03B	Low-ceiling diuretica, niet zijnde thiaziden	
	C03D	Aldosteronantagonisten en andere kaliumsparende middelen	Spironolactone (C03DA01)
C07: Bèta-blokkers	C07AA	Niet-selectieve bèta-blokkers	
C08: Calciumantagonisten	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: ga naar [Palliatieve zorg: actualisatie van cijfers uit 2017 en 2021 | Nivel](#)

Voor eerdere rapportages in deze serie met cijfers over 2021 en 2017 zie:

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

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

[Voorschrijven van medicatie door de huisarts in 2021](#)

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

[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:

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>
- 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.whocc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/guidelines/