

Implementatiestrategie voor het stoppen van
onnodig gebruik van inhalatiecorticosteroiden bij
COPD-patiënten in huisartspraktijken

Eindrapportage DECIDE-project

Implementatiestrategie voor het stoppen van onnodig gebruik van inhalaticorticosteroiden bij COPD-patiënten in huisartspraktijken

Eindrapportage DECIDE-project

Mei 2023

Kenmerk Zorginstituut Nederland: OP1179

Lisette.vandenbemt@radboudumc.nl | 024-3618181

© 2023 Radboudumc, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Radboudumc en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Betrokkenen

Projectgroep

Lisette van den Bemt, projectleider Radboudumc

Tjard Schermer, mede-projectleider Radboudumc

Tijn Kool, hoogleraar Passende Zorg en deïmplementatiedeskundige Radboudumc¹

Bert van Bremen, kaderhuisarts astma – COPD Dokter Drenthe¹

Uitvoeringsteam

Joke Grootens – Stekelenburg, datamanager Radboudumc

Janet de Boer, praktijkconsulent Dokter Drenthe

Agnes Poelman, praktijkconsulent Dokter Drenthe

Irma Maassen, interviewer Radboudumc

Paola Gerritsen, praktijkconsulent DECIDE-project Radboudumc / Dokter Drenthe

Petra Mensinga, projectleider Dokter Drenthe

Stakeholders

Layla Ben-Zvi, huisarts

Johan Kooistra, projectmanager apotheken²

Jannie Klasens -Schiphouwer; POH-S

Irma Zwartjens, praktijkconsulent

Arnold Huisman, longarts²

Astrid Bohemen, apotheker

Jan Vercoulen, gezondheidspsycholoog

Mariette Scholma, verpleegkundig specialist

Edmee van den Akker, medewerker zorgverzekeraar

Dhr. W., COPD-patiënt

¹ Tevens stakeholder

² Tevens projectadviseur

Projectadviseurs

Erik Bischoff, huisarts en senior onderzoeker Radboudumc

Simone van Dulmen, deïmplementatie-expert en senior onderzoeker Radboudumc

Angelique Schrief, communicatie-expert Radboudumc

Ingeborg Weuring, projectleider zorginnovaties Dokter Drenthe

Bram van den Borst, longarts Radboudumc

Wietske Kievits, HTA-expert en senior onderzoeker Radboudumc

Voorwoord

In opdracht van het Zorginstituut Nederland (ZIN) hebben het Radboudumc en huisartsenzorggroep Dokter Drenthe samen een deïmplementatiestrategie voor niet-gepast inhalatiecorticosteroïdengebruik ontwikkeld en in Drenthe uitgetest. In dit verslag rapporteren wij de evaluatie van het **DE**implementatie **COPD** Inhalatie-corticosteroïdengebruik in de **D**rentse **E**erstelij (DECIDE) project.

Samenvatting

Achtergrond: Het verminderen van niet-gepast ICS-gebruik is een van de kernafspraken uit het Zinnige Zorg verbeter-signalement COPD-zorg van het Zorginstituut. Om niet-gepast ICS-gebruik terug te dringen is het van belang om: 1) niet te starten met ICS bij patiënten die hier geen indicatie voor hebben, 2) het ICS-gebruik te stoppen als het om mogelijk niet-gepast gebruik gaat en 3) te voorkomen dat dit ICS-gebruik weer ongegrond herstart wordt.

Methoden: Om het niet-gepast ICS-gebruik bij COPD in Drenthe terug te dringen heeft eerst een regionale probleemanalyse plaatsgevonden waarbij stakeholders (o.a. huisarts, longarts, apotheker, COPD-patiënt, verpleegkundig specialist, praktijkondersteuner) geïnterviewd zijn. De resultaten werden samengevat en besproken in een stakeholdersbijeenkomst, waarin werd besloten over een deïmplementatiestrategie, waar [een digitale toolbox](#) een belangrijk onderdeel van is. Na een pilot in twee praktijken werd het project uitgezet bij de praktijken die zijn aangesloten bij zorggroep Dokter Drenthe. Huisartspraktijken werden begeleid door een praktijkconsulent in het reduceren van niet-gepast ICS-gebruik. De materialen daarvoor zijn terug te vinden in de toolbox. Daarnaast werd tijdens reguliere regionale bijeenkomsten en communicatie frequent aandacht gevraagd voor gepast voorschrijven van ICS, zoals tijdens de lokale chronische tweedaagse, regionale intercollegiale overleggen, in de nieuwsbrief van de zorggroep en op de website van Dokter Drenthe.

Om het effect van de strategie te evalueren werd een *'mixed methods'* evaluatiestudie opgezet. Gestructureerde interviews werden afgenomen bij deelnemende zorgverleners en patiënten. Regionale kwartaalcijfers over ICS-voorschriften aan COPD-patiënten werden gedurende het project verzameld. Daarnaast werden gegevens verzameld over het niet-gepast ICS-gebruik bij COPD in deelnemende praktijken, het stoppen hiervan, het aantal keren herstarten van ICS-gebruik en de redenen hiervoor. Tot slot hebben patiënten die gevraagd waren om ICS te stoppen een digitale vragenlijst ingevuld.

Resultaten: van de 115 huisartspraktijken die deelnamen aan het zorgprogramma COPD van Dokter Drenthe waren er 36 die aangaven het niet-gepast ICS-gebruik in de praktijk te gaan deïmplementeren. Daarvan namen er 14 actief deel aan de evaluatie. Het actueel ICS-gebruik in de regio was in het tijdsbestek van een jaar gedaald met 2,5% en deze daling was groter in de praktijken die actief deelgenomen hadden aan het project en de evaluatie (4,7%). In deelnemende praktijken was bij 23% van de COPD-patiënten die ICS gebruikten het ICS-gebruik gestopt. Het merendeel (81%) van deze patiënten was na 3 maanden nog steeds gestopt met ICS. Zowel patiënten die gestopt waren met ICS als de POHs gaven aan tevreden te zijn over het gekozen deïmplementatiestrategie. De vertrouwensband tussen POH en patiënt en een goede begeleiding tijdens de stoppoging bleken cruciale onderdelen te zijn om ICS succesvol te stoppen.

Conclusie: In nauwe samenwerking met de stakeholders in Drenthe was een deïmplementatiestrategie ontwikkeld om het niet-gepast ICS-gebruik bij COPD terug te dringen. Deze strategie sloot aan bij de behoeften van zorgverleners en patiënten en leidde

tot een daling in ICS-gebruik door COPD-patiënten. Deze daling was bijna twee keer zo groot in de actieve evaluatie groep. De band tussen POH en patiënt bleek van doorslaggevend belang bij het succesvol stoppen van ICS. Hoe de afname van ICS-gebruik door COPD-patiënten in Drenthe zich verhoudt tot andere regio's en of soortgelijke regionale projecten elders even goed gewaardeerd zouden worden dient nader onderzocht te worden.

Inhoudsopgave

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Inleiding | 1 |
| Methoden | 2 |
| Onderzoeksvragen evaluatie | 2 |
| Onderzoeksdesign | 3 |
| DECIDE-strategie | 3 |
| Werving huisartspraktijken | 3 |
| Onderzoeksmethoden | 4 |
| Kwartaalcijfers COPD-ketenzorg Dokter Drenthe | 4 |
| Gegevensverzameling praktijken | 5 |
| Digitale vragenlijsten patiënten | 6 |
| Semigestructureerde interviews met zorgverleners en patiënten | 6 |
| Analyse | 6 |
| Resultaten | 7 |
| COPD-populatie Dokter Drenthe | 7 |
| Werven praktijken voor actieve deelname DECIDE | 7 |
| Werven patiënten voor actieve deelname DECIDE | 7 |
| Rapportage ketenzorggegevens Dokter Drenthe | 9 |
| Interviews | 11 |
| Onderzoeksvraag 1: In hoeverre neemt het percentage COPD-patiënten dat ICS gebruikt af in Drenthe? | 12 |
| Onderzoeksvraag 2 en 3: In hoeverre wordt ICS-gebruik gestopt bij COPD-patiënten en hoe succesvol is dat? | 13 |
| Onderzoeksvraag 4: Hoe hebben de patiënten het stoppen van niet-gepast ICS-gebruik ervaren? | 15 |
| Onderzoeksvraag 5 t/m 7: de mening van de zorgverlener en patiënt over de deïmplementatiestrategie | 17 |
| Samenvatting van interviews patiënten | 17 |
| Samenvatting van interviews met POHs | 19 |
| Waardering en effectiviteit van deïmplementatiestrategie | 20 |
| Welke factoren werkten belemmerend voor de deïmplementatiestrategie? | 21 |
| Welke factoren werkten faciliterend voor de deïmplementatiestrategie? | 21 |
| Discussie en conclusies | 23 |
| Conclusie | 26 |
| Aanbevelingen | 27 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Referenties | 29 |
| Dankwoord | 30 |
| Lijst met afkortingen | 31 |
| Bijlagen | 32 |
| Bijlage 1. Indicators kwartaalgegevens ketenzorrapportage Dokter Drenthe | 33 |
| Bijlage 2. Richtsnoer interview patiënt die gevraagd is om te stoppen met ICS | 38 |
| Bijlage 3. Richtsnoer interview praktijkmedewerker die deelgenomen heeft aan DECIDE | 40 |

Inleiding

COPD wordt gedefinieerd als aanhoudende luchtwegklachten en luchtwegobstructie door afwijkingen aan de luchtwegen en/of alveoli die meestal veroorzaakt worden door aanzienlijke blootstelling aan schadelijke deeltjes of gassen.(1) In 2021 waren in Nederland circa 545.900 mensen gediagnosticeerd met COPD.(2) Een van de verbeterpunten van het 'Zinnige Zorg - Verbetersignalement Zorgtraject van mensen met COPD' (ICD-10: J40-44) is het reduceren van onnodig gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS) door patiënten met COPD.(3) Naar schatting gebruikt 60% van de COPD-patiënten ICS, terwijl bij slechts een klein deel daarvan een duidelijke medische indicatie bestaat voor deze ontstekingsremmende medicatie.(4) Comorbide astma en/of longaanvallen waarvan aangetoond is dat ze voorkomen kunnen worden door ICS bij de desbetreffende COPD-patiënt zijn redenen om ICS te gebruiken. Onterechte prescripties van ICS moeten voorkomen worden omdat dit kan leiden tot meerdere serieuze bijwerkingen en complicaties, waaronder een verhoogd risico op pneumonie.(5, 6) De kosten die in Nederland bespaard kunnen worden door niet-gepast ICS-gebruik door COPD-patiënten te stoppen zijn beraamd op 82 miljoen euro per jaar.(4)

Het **DE**implementatie **COPD** Inhalatie-corticosteroiden-gebruik in de **D**rentse **E**erstelijns (DECIDE) project is gericht op het terugdringen van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD-patiënten in huisartsenpraktijken. Hiertoe zijn drie doelen geformuleerd:

- (1) niet starten van behandeling met ICS bij COPD-patiënten die hier geen indicatie voor hebben;
- (2) ICS-gebruik door COPD-patiënten die hier geen indicatie voor hebben stoppen, en
- (3) niet onnodig herstarten van ICS bij COPD-patiënten die hier eerder mee gestopt zijn.

Om deze doelen te kunnen bereiken is in de eerste fase van het project een deïmplementatiestrategie ontwikkeld, toegespitst op de zorgstructuren en wensen in de regio, in dit geval de provincie Drenthe.

In dit verslag rapporteren wij de opzet en de resultaten van de evaluatie van het DECIDE-project. Een plan voor landelijke opschaling van de ontwikkelde deïmplementatiestrategie maakt tevens onderdeel uit van deze eindrapportage.

Methoden

Het DECIDE-project heeft vanaf juli 2021 tot en met april 2023 in de provincie Drenthe plaatsgevonden. In Drenthe zijn alle huisartspraktijken aangesloten bij de huisartsenzorggroep Dokter Drenthe ([Home - Dokter Drenthe](#)). Het deïmplementatiestrategie is ontwikkeld samen met stakeholders uit de regio en bevat een communicatieplan, een scholing en een toolbox. Huisartspraktijken aangesloten bij Dokter Drenthe zijn gevraagd om deel te nemen aan het DECIDE-project en de bijbehorende evaluatie. In praktijken die deelnamen aan de evaluatie konden COPD-patiënten gevraagd worden om het ICS-gebruik te stoppen als dit niet-gepast leek te zijn. Deze patiënten zijn gevraagd of ze ook deel wilden nemen aan de evaluatie. Hiertoe hebben zij een informatiebrief ontvangen om schriftelijk toestemming te geven voor deelname. Het DECIDE-projectteam heeft enkel niet-herleidbare gegevens over deze patiënten ontvangen tenzij patiënten in de eenmalige digitale vragenlijst aan het einde van het project aangaven aan het verzoek van de onderzoekers te willen voldoen om geïnterviewd te worden. Enkel dan werd gevraagd om persoonsgegevens te vermelden om contact met ze op te kunnen nemen. De commissie mensgebonden onderzoek van het Radboudumc achtte het project niet-WMO-plichtig (CMO-dossiernummer: 2021-12394) en om die reden heeft ook geen formele medisch ethische toetsing plaatsgevonden.

Onderzoeksvragen evaluatie

Het effect van de deïmplementatiestrategie op de vermindering van het niet-gepaste ICS-gebruik bij COPD-patiënten in Drentse huisartspraktijken is geëvalueerd. Onderzoeksvragen hierbij waren:

1. In hoeverre neemt het percentage COPD-patiënten dat ICS gebruikt af in Drenthe?
2. Wat is het percentage COPD-patiënten dat op basis van de implementatieactiviteiten stopt met ICS?
3. Wat is het percentage COPD-patiënten dat gedurende 3 maanden gestopt blijft met ICS?
4. Wat is de ervaring van COPD-patiënten met het stoppen met ICS?
5. Hoe worden de verschillende elementen van het deïmplementatieprogramma door zorgverleners en patiënten gewaardeerd?
6. Welke interventies hadden het grootste effect op het verminderen van ICS-gebruik?
7. Welke factoren werkten belemmerend en faciliterend voor het deïmplementatieprogramma?

Vraag 1 en 4 zijn later toegevoegd. Vraag 5 t/m 7 zijn de primaire onderzoeksvragen van het project. Het plan was om ook niet-gepaste introductie van ICS bij COPD-patiënten te evalueren. Deze vraag bleek niet te beantwoorden op basis van de data van zorggroep Dokter Drenthe.

Onderzoeksdesign

Er is gekozen voor een mixed methods studiedesign, waarbij kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden zijn gecombineerd, te weten: kwartaalgegevens COPD-zorgprogramma van zorggroep Dokter Drenthe (vraag 1 en 2), gerichte dataverzameling door deelnemende praktijken over het stoppen van ICS bij COPD in hun praktijk (t.b.v. vraag 2 en 3), ingevulde patiënten-vragenlijsten (vraag 3 en 4) en semigestructureerde interviews met zorgverleners en COPD-patiënten (vraag 5 t/m 7).

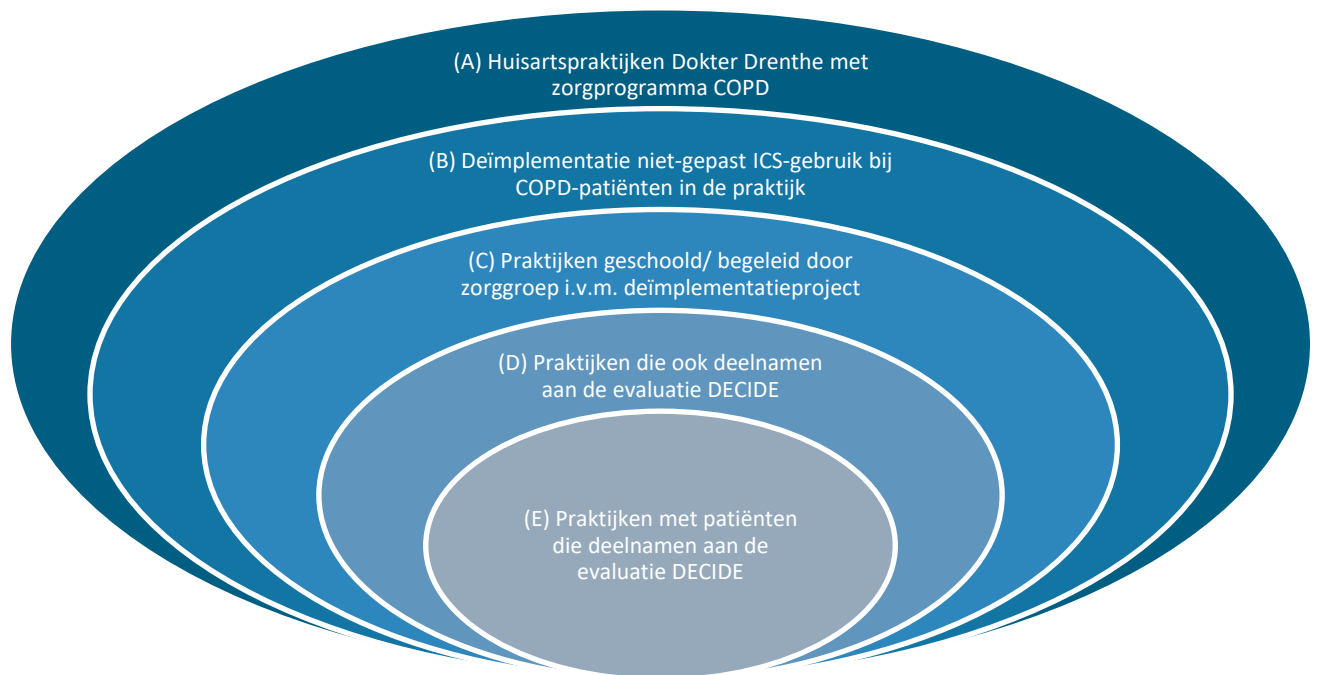
DECIDE-strategie

De deïmplementatiestrategie bestond uit een opportunistisch communicatieplan om bij alle stakeholders aandacht te genereren voor het probleem van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD en mogelijke manieren om dat te verminderen. Dit betekende dat er binnen het team een veel kennis was over activiteiten en communicatiekanalen in de regio en deze kennis gebruikt werd om gericht aandacht voor het project te vragen. Daarnaast werd een scholing ontwikkeld om huisartsen en praktijkondersteuners (POHs) te helpen het niet-gepast ICS-gebruik in hun praktijk terug te dringen. Deze scholing kon zowel in de praktijk gegeven worden door een praktijkconsulent of digitaal gevolgd worden, waarbij de uitleg gegeven werd door een kaderhuisarts astma/COPD (BvB). Tot slot bestond de deïmplementatiestrategie uit een in de eerste fase van het project ontwikkelde toolbox waarin informatie en interventies aanwezig waren om het niet-gepast ICS-gebruik bij COPD te verminderen ([zie toolbox](#)). Deze toolbox is opgebouwd uit verschillende acties die nodig zijn om niet-gepast ICS-gebruik te verminderen, waaronder goede diagnostiek van chronische luchtwegaandoeningen, duidelijke criteria voor het gebruik ICS bij COPD, hoe te identificeren welke patiënten ICS kunnen stoppen, et cetera.

Werving huisartspraktijken

Medewerkers van huisartspraktijken zijn benaderd om het niet-gepast ICS-gebruik in hun praktijk terug te dringen. Praktijken met meer dan 25% ICS-gebruik onder hun COPD-patiënten zijn per brief benaderd om deel te nemen aan het project. Verder zijn zorgverleners persoonlijk benaderd om actief deel te nemen tijdens astma-, COPD- en spirometrie cursussen in de regio en door praktijkconsulenten tijdens jaargesprekken en door de kaderhuisarts. Naast de vraag om deel te nemen aan het DECIDE-project is gevraagd of praktijken bereid waren gegevens te verzamelen voor de evaluatie. Deelname aan de evaluatie was daarbij geen voorwaarde om deel te kunnen nemen aan het DECIDE-project. De mate waarin praktijken blootgesteld werden aan deïmplementatiestrategie liep sterk uiteen en verschillende deelpopulaties kunnen hierin vastgesteld worden (zie Figuur 1).

Figuur 1: Grafische weergave van intensiteit waarin huisartspraktijken van zorggroep Dokter Drenthe deelgenomen hebben aan het DECIDE-project (oplopend van A naar E)



Onderzoeksmethoden

Kwartaalcijfers COPD-ketenzorg Dokter Drenthe

Het projectteam heeft van de zorggroep de kwartaalrapportages die gebruikt worden om ketenzorg COPD te evalueren ontvangen voor het tweede kwartaal van 2021 tot en met het eerste kwartaal van 2023. Per praktijk die deelneemt aan ketenzorg COPD wordt per kwartaal gerapporteerd hoeveel COPD-patiënten er in de praktijk ingeschreven staan, hoeveel daarvan deelnamen aan het ketenzorgprogramma en hoeveel daarvan bij zorgverzekeraars gedeclareerd waren. Voor patiënten waarvoor ketenzorg COPD is gedeclareerd zijn aanvullende gegevens uit het ketenzorginformatiesysteem (VIPlive van Topicus) beschikbaar zoals informatie over de ziektelast (zoals de 'Clinical COPD Questionnaire' (CCQ)-score en ernst van luchtwegobstructie als % van de voorspelde waarde van de FEV1 ('forced expiratory volume' in de eerste seconde), leefstijl (zoals rookstatus, 'body mass index' (BMI), mate van bewegen) en informatie over medicatiegebruik (zoals overmatig gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders en ICS-gebruik) ([zie bijlage 1](#)).

Op 01-01-2022 zijn door Topicus op verzoek van de huisartsenzorggroep Dokter Drenthe enkele wijzigingen doorgevoerd die invloed hadden op deze VIPlive rapportages.

- De definitie van deelname van een patiënt aan het ketenzorgprogramma COPD is veranderd. Waar voorheen tenminste een gerapporteerde CCQ- of MRC-score in de afgelopen 14 maanden een vereiste was, is dit losgelaten. Het totaal aantal patiënten dat behoorde tot de groep ketenzorg COPD nam hierdoor toe.

- De variabele ‘actueel ICS-gebruik’ werd toegevoegd. Er is sprake van actueel ICS-gebruik als een patiënt op basis van prescripties de afgelopen 28 dagen nog ICS heeft gebruikt en er geen sprake is van een stop-recept voor ICS.

De kwartaalcijfers zijn gebruikt om kenmerken van de COPD-populatie te omschrijven en het beloop van ICS-gebruik over de tijd weer te geven. Hiervoor zijn drie variabelen gebruikt.

1. Actueel ICS-gebruik. Deze variabele geeft weer welke mensen in de afgelopen vier weken nog ICS gebruikt hebben. Zoals hierboven beschreven kan over deze variabele pas vanaf 01-01-2022 gerapporteerd worden.
2. ICS-gebruik bij COPD. Deze variabele is voor alle kwartalen beschikbaar. Een nadeel van deze variabele is dat alle personen die in het afgelopen jaar een ICS voorgeschreven hebben gekregen meegerekend worden, inclusief incidentiele voorschriften of voorschriften van bijna een jaar geleden die daarna niet meer zijn herhaald. Deze variabele is hierdoor minder gevoelig voor verandering in ICS-gebruik.
3. ICS-gebruik bij COPD zonder astma. Deze variabele is vergelijkbaar met ICS-gebruik bij COPD, alleen zijn hierbij patiënten die tevens gediagnosticeerd zijn met astma uitgesloten. Astma is de belangrijkste reden waarom ICS-gebruik wél gepast is. De mate van zekerheid van de astmadiagnoses is echter niet bekend voor de betreffende patiënten.

Het beloop van ICS-gebruik voor een praktijk werd enkel bepaald als hoogstens één kwartaal ontbrak en de praktijk niet ‘startend’ was (als nieuwe praktijk of met het zorgprogramma COPD). Om meer inzicht te krijgen in het effect van de interventie zijn praktijken ingedeeld in 3 groepen op basis van mate van participatie:

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GROEP 1 | Actieve deelname aan DECIDE-project en aan de evaluatie (inclusief patiëntparticipatie in de evaluatie). Dit is groep (E) in Figuur 1 |
| GROEP 2 | Deïmplementatie niet-gepast ICS-gebruik bij COPD-patiënten in de praktijk, maar er is geen sprake van actieve participatie van patiënten aan de DECIDE-evaluatie. Dit is groep (B) zonder Groep (E) in Figuur 1 |
| GROEP 3 | Geen (benoemde) deïmplementatie niet-gepast ICS-gebruik bij COPD-patiënten in de praktijk. Dit is groep (A) zonder Groep (B) in Figuur 1 |

Gegevensverzameling praktijken

Praktijken die deelnamen aan de evaluatie werden gevraagd vooraf enkele vragen over de COPD-zorg in de praktijk te beantwoorden. Verder werden ze gevraagd om een geanonimiseerde lijst bij te houden van COPD-patiënten die gestopt waren met ICS en toestemde in het doorgeven van hun informatie aan het project team. Op deze lijst werd o.a. bijgehouden of er sprake was van een longaanval in de drie maanden na het stoppen met ICS, of ICS herstart was en zo ja, wat de reden daarvoor was.

Digitale vragenlijsten patiënten

Patiënten die deelnamen aan de evaluatie kregen van de zorgverlener een link doorgestuurd om 3 maanden na het stoppen van de ICS een korte digitale vragenlijst in te vullen over hun ervaring daarmee. Hierbij werd aangegeven welk id-nummer de patiënt moest invullen in de vragenlijst ter identificatie. Hierdoor konden de gegevens van de vragenlijst gekoppeld worden aan de registratielijst uit de praktijk.

Semigestructureerde interviews met zorgverleners en patiënten

POHs en patiënten zijn geïnterviewd over hun ervaringen met het DECIDE-project volgens de gefundeerde theoriebenadering (*'grounded theory'*). Hiertoe zijn zorgverleners die in hun praktijk het aanspreekpunt waren voor het project gevraagd of ze na afloop van het project geïnterviewd wilden worden. Patiënten die gestopt waren met ICS werden gevraagd om na 3 maanden een vragenlijst in te vullen; op deze vragenlijst konden zij ook aangeven of ze interesse hadden in een interview. Na de analyse van enkele interviews met zorgverleners is gekozen voor het gericht benaderen van zorgverleners uit praktijken waar minder ICS-reductie bereikt was, om zodoende meer inzicht te krijgen in de mogelijke knelpunten. Vooraf werd bepaald dat zorgverleners en patiënten geïnterviewd zouden worden tot er sprake was van data-saturatie. De aanname was dat maximaal 10 interviews per groep hiervoor voldoende was. De interviews hebben plaatsgevonden tussen september 2022 en mei 2023.

De vragenroutes van de interviews zijn te vinden in de bijlagen [2](#) en [3](#). Twee ervaren interviewers (IM, LvdB) hebben de zorgverleners en patiënten geïnterviewd. De interviews voor patiënten duurde tussen de 15 minuten en een half uur, voor zorgverleners was dat 20 tot 45 minuten. Alle interviews hebben via (beeld)bellen plaatsgevonden en zijn opgenomen via audio, al dan niet ook met beeld, afhankelijk van de voorkeur van de geïnterviewde. De interviews zijn vervolgens door de interviewer samengevat en een steekproef van deze samenvattingen zijn op accurateid gecontroleerd aan de hand van de opnames door de tweede interviewer. De samenvattingen zijn niet naar de geïnterviewden gestuurd.

Analyse

Kenmerken van de COPD-populatie zijn beschreven in aantallen met percentages en praktijkkenmerken zijn beschreven in medianen met 25-75 percentielen (tenzij anders vermeld). De verandering in percentage actueel ICS-gebruik per praktijk (van kwartaal 1 2022 t/m kwartaal 1 2023: 5 meetmomenten) is bepaald met behulp van een regressiemodel waarin kwartaal, groepsindeling en (kwartaal x groepsindeling) als interactieterm waren opgenomen. Analyses zijn verricht met SPSS versie 27.0 (IBM).

Atlas.ti versie 23 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH) is gebruikt om de interviews te coderen en analyseren. Er is gebruik gemaakt van open coderen waarna axiale codering is toegepast en tot slot selectieve codering. De codering is verricht door twee onderzoeksmedewerkers (JG, LvdB), waarbij na de codering van de eerste drie interviews overleg heeft plaatsgevonden tussen hen beiden.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst kenmerken van de zorggroep omschreven, waarna de werving van praktijken en patiënten voor deelname aan de evaluatie besproken wordt. Daarna worden de onderzoeksvragen beantwoord. Enkele vragen zijn hierbij gebundeld omdat ze beantwoord worden op basis van dezelfde databron. Dat geldt voor vraag 2 en 3 (praktijkregistratie) en 5 t/m 7 (interviews met zorgverleners en COPD-patiënten).

COPD-populatie Dokter Drenthe

Op 01-04-2021 waren er 115 huisartspraktijken in de provincie Drenthe actief in het zorgprogramma COPD. Van de 442.143 personen die ingeschreven stonden bij deze praktijken, waren er 9.887 gediagnosticeerd met COPD (prevalentie: 2,2%). Van de COPD-patiënten was 9,3% (n=921) tevens gediagnosticeerd met astma. Van deze COPD-patiënten stonden er 6.237 (63,1%) voor hun COPD onder behandeling van een huisarts, 3.167 (32,0%) bij een longarts en 483 patiënten (4,9%) stonden onder behandeling van een andere zorgverlener of de informatie over de hoofdbehandelaar was niet bekend. Van COPD-patiënten onder behandeling van de huisarts namen er 5.066 (81,2%) deel aan het zorgprogramma COPD; bij 4.502 (88,9%) van hen was sprake van declaratie ketenzorg, waardoor meer informatie over hen beschikbaar was.

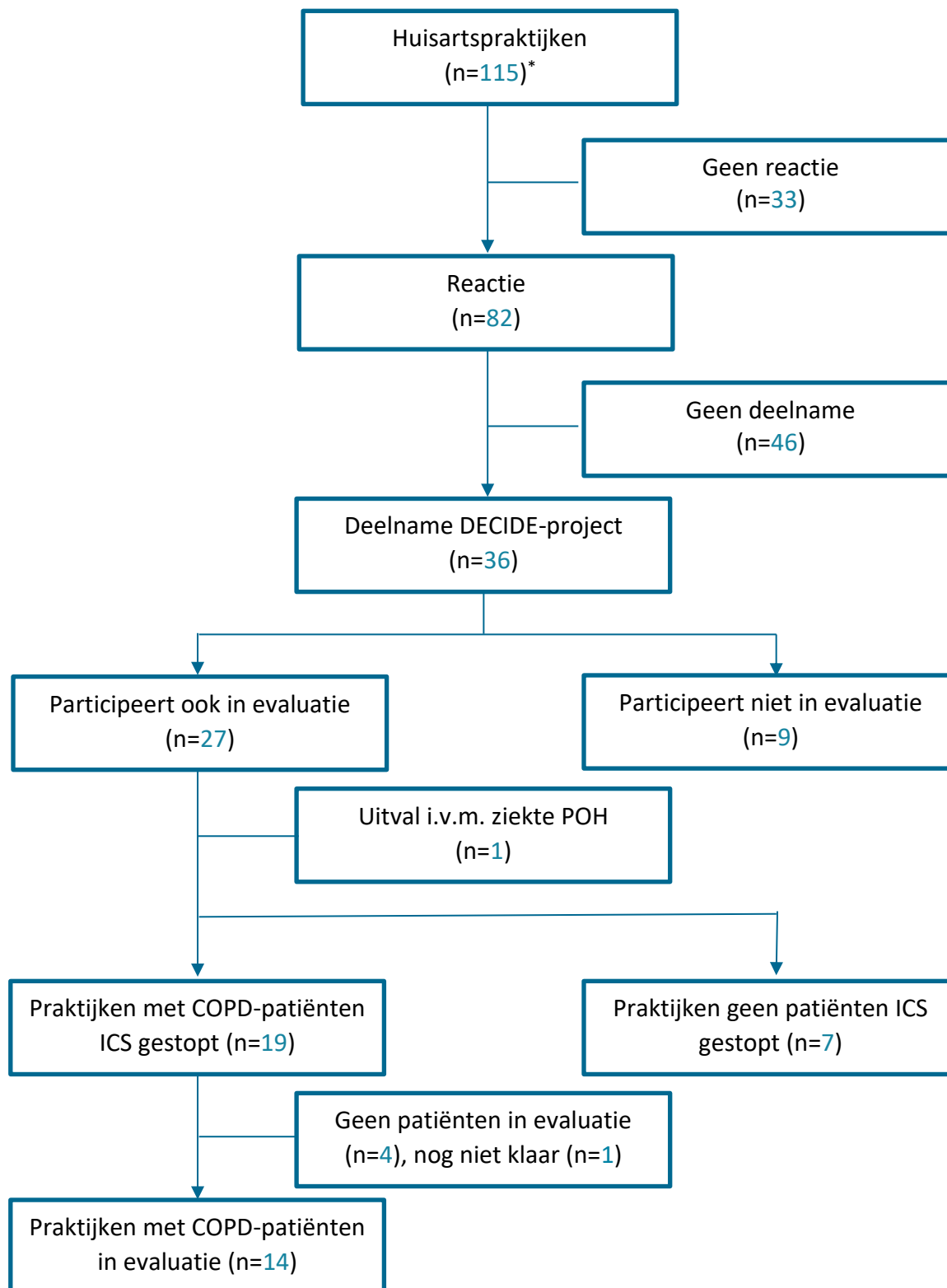
Werven praktijken voor actieve deelname DECIDE

112 van de 115 huisartspraktijken werden via een brief benaderd voor deelname aan het project. De drie overige praktijken hadden minder dan 25% ICS-gebruik in hun COPD-populatie. Daarnaast werden zorgverleners via andere kanalen (cursussen, jaargesprekken, persoonlijk contact) benaderd voor deelname aan het project. Figuur 2 maakt de instroom van praktijken inzichtelijk. Uiteindelijk hebben 36 praktijken aangegeven actief het niet-gepast gebruik van ICS door COPD-patiënten in hun praktijk te gaan deïmplementeren; 14 van deze praktijken leverden patiënten die instemden in deelname aan de evaluatie.

Werven patiënten voor actieve deelname DECIDE

In 19 praktijken werd ICS gestopt bij een of meer COPD-patiënten. In 4 van deze praktijken was geen van de gestopte COPD-patiënten bereid om te participeren in de evaluatie (totaal 7 patiënten gestopt met ICS in deze praktijken). In één praktijk was de dataverzameling nog niet volledig op 1 mei 2023, waardoor de resultaten van deze praktijk niet meegenomen zijn in de rapportage. In de 14 overgebleven praktijken (verder aangeduid als 'GROEP 1') waren in totaal 68 patiënten gestopt met ICS, waarvan er 48 (71%) wilde deelnemen aan de evaluatie. Van 42 van deze patiënten werd de digitale vragenlijst retour ontvangen die drie maanden na de datum waarop ICS gestopt was ingevuld werd.

Figuur 2: Flowchart deelname DECIDE-project door huisartspraktijken Dokter Drenthe



* per 01-04-2021, aantal praktijken fluctueert iets over de tijd

Rapportage ketenzorggegevens Dokter Drenthe

De kwartaalgegevens van Dokter Drenthe konden gerapporteerd worden voor 13 praktijken met deelnemende patiënten in de evaluatie (GROEP 1); een praktijk werd geëxcludeerd omdat deze praktijk onlangs opgestart was. Rapportage van kwartaalgegevens was mogelijk voor alle 20 praktijken uit GROEP 2, te weten praktijken die aangaven het niet-gepast ICS-gebruik in de praktijk te deïmplementeren, maar niet hebben deelgenomen aan de begeleiding en/of evaluatie vanuit het project (n=9), geen ICS hebben gestopt bij COPD-patiënten (n=7) of geen van hun patiënten bereid was om deel te nemen aan de evaluatie (n=4). Tot slot kan gerapporteerd worden over 70 niet-actief aan het DECIDE-project deelnemende praktijken ('GROEP 3'); drie praktijken zaten in opstartfase van de praktijk of de ketenzorg COPD en van zes praktijken ontbrak meer dan een kwartaalcijfer. Kenmerken van de drie groepen staan weergegeven in Tabel 1 en Tabel 2. Het enige verschil tussen de groepen dat opvalt is het vaker voorkomen van astma-COPD overlap (ACO) in GROEP 2. Dit verschil bleek niet statistisch significant te zijn (Kruskal Wallis test, $p=0,22$).

Tabel 1: Kenmerken van huisartspraktijken op 01-04-2021 geïncludeerd in analyses ketenzorggegevens uitgesplitst in groepsindeling analyse. Gegevens in medianen per praktijk (25-75% percentielen), tenzij anders vermeld.

| | Actieve deelname deïmplementatiestrategie reduceren van niet-gepast ICS-gebruik door COPD-patiënten | | Geen actieve deelname |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| | Praktijken met evaluatie (GROEP 1) (n=13) | Praktijken niet in evaluatie (GROEP 2) (n=20) | (GROEP 3) (n=70) |
| Aantal ingeschreven patiënten in de praktijk | 3911 (3241-4845) | 2784 (2168-4508) | 3178 (2616-4684) |
| Aantal COPD-patiënten | 91 (62-137) | 64 (54-115) | 79 (55-118) |
| Prevalentie COPD (%) | 1,9 (1,6-2,5) | 2,3 (2,0-2,6) | 2,3 (1,8-3,0) |
| ACO | 10 (2-18) | 11 (3-19) | 4 (1-10) |
| ACO (% van COPD) | 8,6 (3,4-13,4) | 10,7 (5,7-32) | 5,3 (2,3-10,7) |
| Deelname ketenzorg | 43 (26-72) | 39 (28-54) | 38 (27-60) |
| Registratie ketenzorg | 41 (22-67) | 37 (22-53) | 34 (25-52) |

ACO: astma COPD overlap

Tabel 2: Kenmerken van de COPD-populatie in huisartspraktijken op 01-04-2021 geïncludeerd in analyses ketenzorggegevens uitgesplitst in groepsindeling analyse. Gegevens in totalen (percentages)

| | Actieve deelname deïmplementatiestrategie reduceren van niet-gepast ICS-gebruik door COPD-patiënten | | Geen actieve deelname |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| | Praktijken met evaluatie (GROEP 1) (n=13 praktijken, 582 COPD-patiënten)* | Praktijken niet in evaluatie (GROEP 2) (n=20 praktijken, 771 COPD-patiënten) | (GROEP 3) (n=70 praktijken, 2797 COPD-patiënten) |
| ICS-gebruik afgelopen jaar | 285 (49,0) | 390 (50,6) | 1347 (48,2) |
| <u>Geen</u> astma | 466 (86,1) | 564 (83,1) | 2466 (92,1) |
| onbekend* | 41 | 92 | 120 |
| Geslacht man | 287 (49,3) | 411 (53,3) | 1501 (53,7) |
| Leeftijd < 70 jaar | 285 (49,0) | 381 (49,4) | 1378 (49,3) |
| 70-80 jaar | 195 (33,5) | 264 (34,2) | 930 (33,2) |
| > 80 jaar | 102 (17,5) | 126 (16,3) | 489 (17,5) |
| Roken ja | 187 (34,8) | 232 (32,7) | 892 (36,7) |
| gestopt | 298 (55,4) | 413 (58,2) | 1301 (53,5) |
| nooit gerookt | 53 (9,9) | 65 (9,2) | 241 (9,9) |
| onbekend | 44 | 61 | 363 |
| FEV1%voorspeld | | | |
| ≥ 80% | 191 (38,3) | 212 (31,2) | 898 (36,8) |
| ≥ 50 - < 80% | 259 (51,9) | 389 (57,3) | 1341 (55,0) |
| ≥ 30 - < 50% | 41 (8,2) | 69 (10,2) | 183 (7,5) |
| < 30% | 8 (1,6) | 9 (1,3) | 10 (0,4) |
| onbekend | 83 | 92 | 357 |
| CCQ-score | | | |
| ≤ 1 | 292 (62,8) | 371 (56,0) | 1350 (57,3) |
| >1 - ≤ 2 | 137 (29,5) | 198 (29,9) | 720 (30,6) |
| >2 | 36 (7,7) | 94 (14,2) | 286 (12,1) |
| onbekend | 117 | 108 | 441 |
| MRC-score | | | |
| 0 | 102 (19,8) | 121 (17,9) | 444 (18,8) |
| 1 | 223 (43,2) | 277 (40,9) | 916 (38,7) |
| 2 | 121 (23,4) | 166 (24,5) | 671 (28,4) |
| 3-5 | 70 (13,6) | 113 (16,7) | 334 (14,1) |
| onbekend | 66 | 94 | 432 |
| Stoatkuren prednison | | | |
| geen | 494 (84,9) | 656 (85,0) | 2366 (84,6) |
| 1 | 47 (8,1) | 49 (6,4) | 198 (7,1) |
| ≥ 2 | 41 (7,0) | 66 (8,6) | 233 (8,3) |

* gegevens van astma ontbreken van 2 praktijken groep 1, 4 praktijken groep 2 en 3 praktijken groep 3. ICS: inhalatie-corticosteroiden; FEV1: Forced Expiratory Volume in one second; CCQ: Clinical COPD questionnaire, MRC: medical research counsel

Interviews

In totaal zijn negen COPD-patiënten en zes POHs geïnterviewd. Kenmerken van de geïnterviewden staan in Tabel 3 en Tabel 4. Er was sprake van data-saturatie voor de interviews met patiënten. De deelname van een POH die geen patiënten had kunnen laten stoppen en van een huisarts had mogelijk nog aanvullende inzichten kunnen opleveren over de ervaringen van zorgverleners met de deïmplementatiestrategie. Alle geïnterviewde POHs waren vrouw en werkzaam in praktijken waar ketenzorg COPD al geruime tijd geïmplementeerd was (meer dan acht jaar). Alle POHs waren geschoold in het verrichten van spirometrie (CASPIR-gecertificeerd) en volgden trainingen om up-to-date te blijven op het gebied van COPD-zorg en inhalatietechniek (IMIS, cahag-trainingen).

Tabel 3: Kenmerken geïnterviewde patiënten

| Respondent | praktijk | Geslacht | Leeftijd | Aantal jaren ICS | Rookstatus | Gestopt na 3 maanden |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------|
| #1 | 1 | Vrouw | 71 | 8 | Gestopt | Ja |
| #2 | 2 | Man | 84 | 3 | Roker | Ja |
| #3 | 2 | Man | 68 | 9 | Gestopt | Ja |
| #4 | 3 | Vrouw | 67 | 14 | Roker | Ja |
| #5 | 4 | Man | 81 | 7 | Gestopt | Ja |
| #6 | 1 | Vrouw | 63 | 7 | Gestopt | Ja |
| #7 | 2 | Man | 81 | 7 | Gestopt | Ja |
| #8 | 5 | Man | 74 | 12 | Gestopt | Ja |
| #9 | 5 | Vrouw | 52 | 11 | Gestopt | ja |

Tabel 4: Kenmerken van geïnterviewde praktijkondersteuners

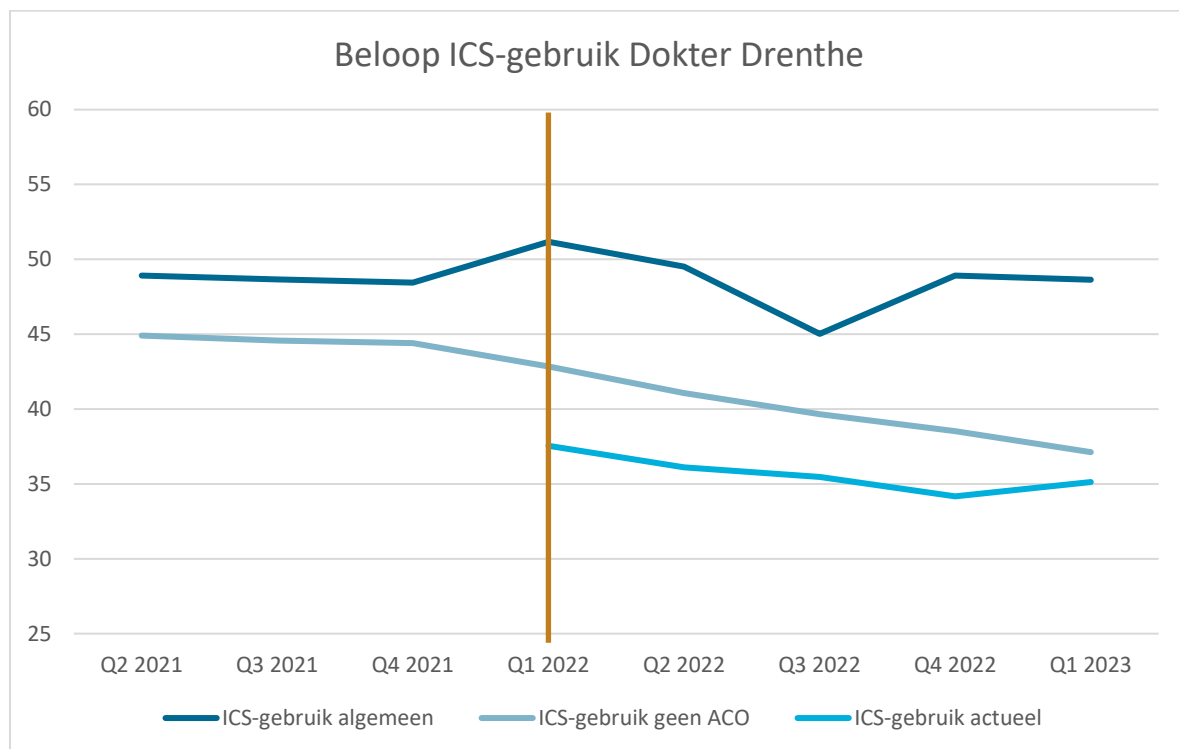
| respondent | Praktijk | Uren ketenzorg COPD per week | Aantal patiënten ICS gestopt (waarvan deelname evaluatie) | Succesvolle ICS-stopponing bij patiënten in evaluatie? |
|-------------------|-----------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| #10 | 2 | 6 | 8 (8 in evaluatie) | 7* |
| #11 | 6 | 2 | 3 (2 in evaluatie) | 0 |
| #12 | 7 | 4 | 3 (2 in evaluatie) | 2 |
| #13 | 8 | 6 | 3 (3 in evaluatie) | 2 |
| #14 | 9 | 6 | 1 (1 in evaluatie) | 1 |
| #15 | 9 | 6 | 1 (1 in evaluatie) | 1 |

* Op registratielijst 8 succesvolle stopponingen, maar volgens gesprek POH is een patiënt herstart met ICS.

Onderzoeksvraag 1: In hoeverre neemt het percentage COPD-patiënten dat ICS gebruikt af in Drenthe?

In Figuur 3 is het beloop van de drie groepen ICS-gebruik door COPD-patiënten in de praktijken van Dokter Drenthe weergegeven voor de periode juli 2021 tot en met maart 2023. In verband met gewijzigde criteria en rapportage sinds 01-01-2022 kan het beloop van het actuele ICS-gebruik pas vanaf dat moment geanalyseerd worden. De afname in ICS-gebruik algemeen voor deze periode (Q1 2022 –kwartaal 1 2023) was 2,5%, voor ICS-gebruik bij COPD-patiënten zonder astma (d.w.z. geen ACO) 7,8% en voor actueel ICS-gebruik 2,4%.

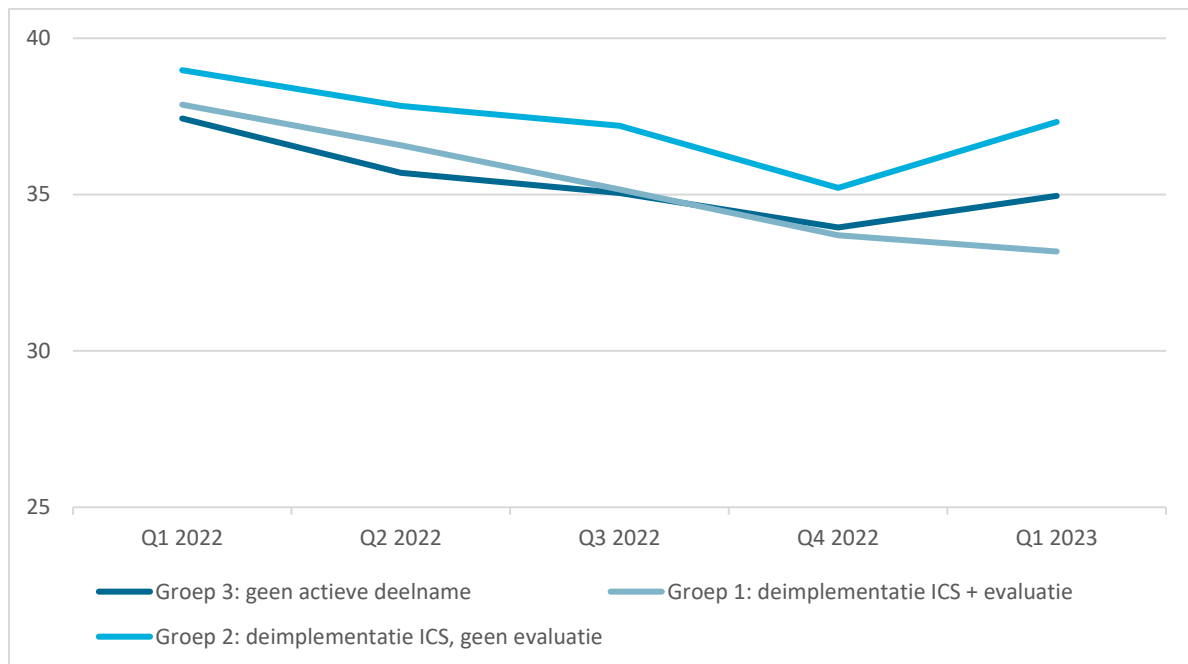
Figuur 3: Beloop van percentage COPD-patiënten dat inhalatiecorticosteroiden (ICS) gebruikt bij Dokter Drenthe (n=103 praktijken). De oranje lijn presenteert het moment waarop een nieuw criterium voor deelname ketenzorg COPD werd geïntroduceerd.



ACO: astma COPD overlap, Q: kwartaal

Voor actueel ICS-gebruik is vervolgens bepaald of er verschillen tussen de groepen praktijken ingedeeld op mate van participatie (GROEPEN 1, 2 EN 3) bestonden. Zoals Figuur 4 laat zien was het actueel ICS-gebruik voor kwartaal 1 2022 het hoogste in de groep die deelnam aan de deïmplementatie maar niet aan de DECIDE-evaluatie (GROEP 2). De afname in ICS-gebruik bij COPD-patiënten was voor deze groep 1,7%, terwijl de afname van actueel ICS-gebruik in de groep die niet deelneemt (GROEP 3) 2,5% was. De afname in de actieve interventiegroep (GROEP 1) stak daar met 4,7% duidelijk bovenuit. De interactietermen van de afname in actueel ICS-gebruik over de tijd x groep in het regressiemodel waren niet significant. Met andere woorden, er kon niet statistisch aangetoond worden dat de afname van actueel ICS-gebruik in GROEP 1 significant afweek van de afname in GROEP 2 EN 3.

Figuur 4. Beloop van percentage COPD-patiënten dat actueel ICS gebruikt in de huisartsenpraktijken van Dokter Drenthe ingedeeld in groepen op basis van de mate van participatie.



Q: kwartaal

Onderzoeksvraag 2 en 3: In hoeverre wordt ICS-gebruik gestopt bij COPD-patiënten en hoe succesvol is dat?

In Tabel 5 zijn per praktijk waar de DECIDE-evaluatie heeft plaatsgevonden (GROEP 1) de kenmerken op 01-07-2021 weergegeven, evenals de uitkomsten van de registratielijsten van deze praktijken. 3,2% van de COPD-patiënten had 2 of meer stootkuren prednisolon gehad (gebaseerd op gegevens van 13 praktijken) en bij gemiddeld 5 COPD-patiënten per praktijk die ICS gebruikten bleek sprake van ACO. Van de patiënten die ICS gebruikten in deze praktijken is 22,8% hiermee gestopt. Indien ACO-patiënten buiten beschouwing worden gelaten dan geldt dat voor 30,8% van de populatie. Bij 39 was het stoppen van ICS succesvol (zie Figuur 5). Het actueel gebruik van ICS door COPD-patiënten is in deze praktijken in 2022 gedaald van 37,9 naar 33,2% (zie Figuur 4)

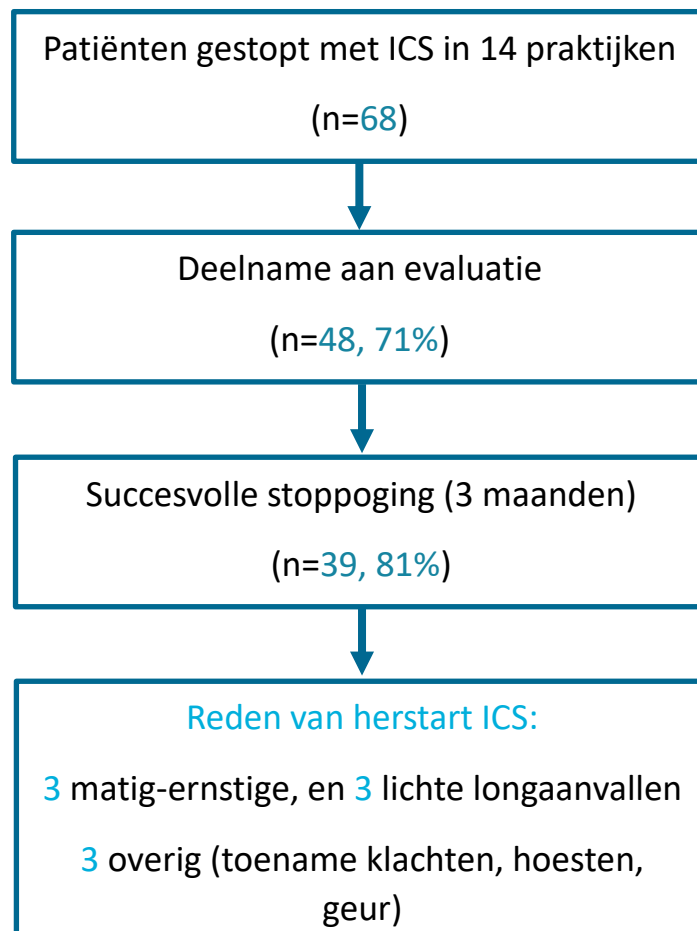
Van de niet-succesvolle stoppogingen kan van drie met zekerheid gezegd worden dat ICS op juiste gronden herstart was (matig-ernstige longaanval), bij drie kan dat niet met zekerheid gesteld worden (milde longaanval) en drie keer is ICS herstart terwijl de reden daarvoor mogelijk niet-gepast was. Bij een van deze patiënten was sprake van twee matig-ernstige longaanvallen na het stoppen met ICS. Bij een andere patiënt waarbij ICS herstart was vanwege een milde longaanval, heeft een tweede stoppoging plaatsgevonden. Of deze poging succesvol is, is niet bekend. Er hebben geen ziekenhuisopnames plaatsgevonden in verband met een longaanval.

Tabel 5. COPD-populatie per praktijk actief in de DECIDE-evaluatie.

| praktijk | Totaal ingeschreven patiënten* | COPD* | Ketenzorg* | Gedecl.* | ≥ 2 stootkuren Prednisolon* | ICS* | ICS geen astma* | Gestopt met ICS† | Deelname evaluatie† |
|---------------|--------------------------------|-------------|------------|------------|-----------------------------|-----------|-----------------|------------------|---------------------|
| 1 | 2753 | 31 | 14 | 2 | - | - | - | 3 | 3 |
| 2 | 9437 | 140 | 58 | 53 | 3 | 31 | 29 | 8 | 8 |
| 3 | 10426 | 203 | 94 | 91 | 2 | 44 | 35 | 3 | 3 |
| 4 | 3204 | 134 | 72 | 69 | 9 | 33 | 26 | 13 | 5 |
| 5 | 3911 | 155 | 86 | 82 | 4 | 38 | 30 | 16 | 8 |
| 6 | 2188 | 32 | 12 | 12 | 1 | 8 | 7 | 3 | 2 |
| 7 | 3951 | 79 | 43 | 41 | 2 | 22 | - | 3 | 2 |
| 8 | 3964 | 67 | 25 | 24 | 1 | 13 | 6 | 3 | 3 |
| 9 | 4680 | 91 | 57 | 56 | 7 | 30 | 6 | 1 | 1 |
| 10 | 2547 | 57 | 25 | 23 | 5 | 10 | 10 | 3 | 3 |
| 11 | 3278 | 42 | 26 | 21 | 0 | 12 | 11 | 1 | 1 |
| 12 | 5009 | 132 | 71 | 68 | 5 | 24 | 23 | 4 | 4 |
| 13 | 3651 | 70 | 34 | 19 | 1 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| 14 | 3757 | 91 | 32 | 23 | 1 | 13 | 12 | 2 | 1 |
| totaal | 62756 | 1324 | 649 | 584 | ‡ | ‡ | ‡ | 68 | 48 |
| Gem | 4483 | 95 | 46 | 42 | 3,2 | 22 | 17 | 4,9 | 3,4 |

* gebaseerd op ketenzorgrapport van kwartaal 1 2021; † gebaseerd op registratielijsten deelnemende huisartspraktijken; ‡ geen totalen in verband met ontbrekende gegevens van tenminste een praktijk; Ketenzorg: aantal COPD-patiënten dat deelnam aan het zorgprogramma COPD, Gedecl: aantal COPD-patiënten dat gedeclareerd is bij zorgverzekeraar voor ketenzorg COPD, ICS: aantal gedecl. patiënten dat inhalatiecorticosteroiden gebruikt had in het afgelopen jaar.

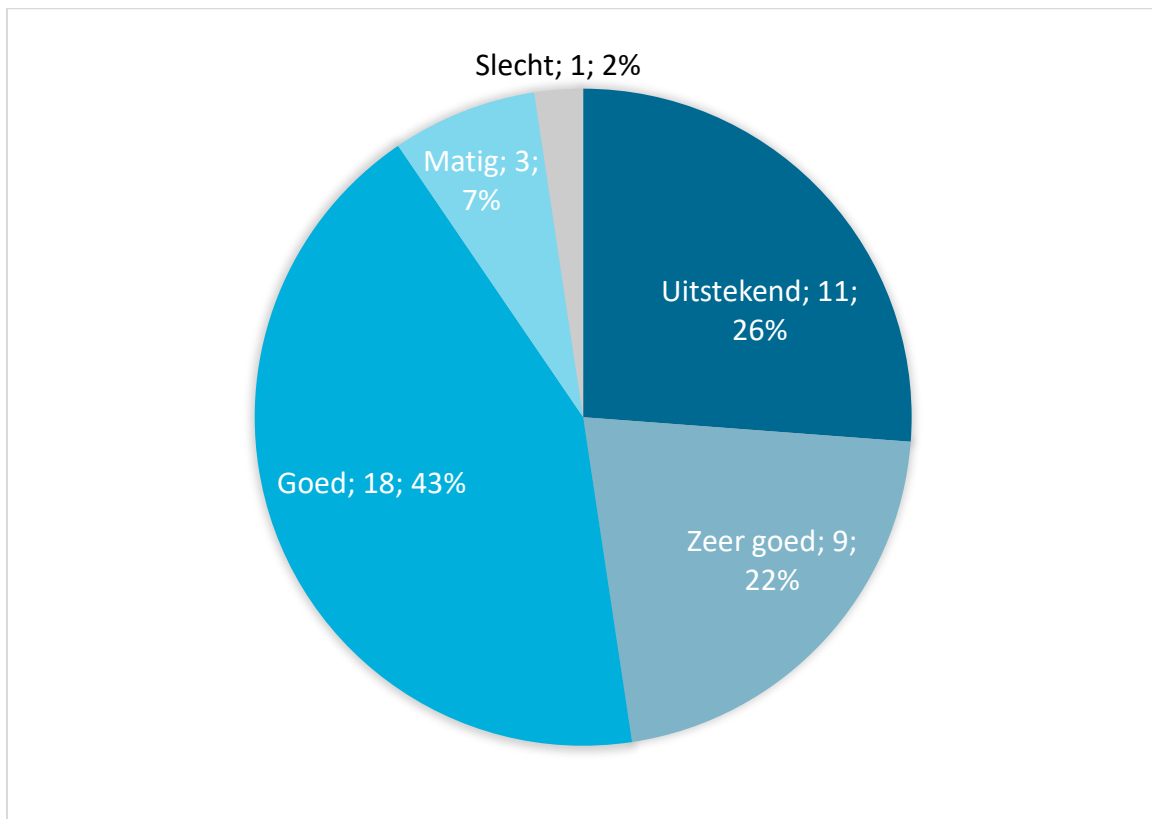
Figuur 5: Succeskans stoppen ICS-gebruik bij COPD-patiënten in evaluatiepraktijken (groep 1).



Onderzoeksvraag 4: Hoe hebben de patiënten het stoppen van niet-gepast ICS-gebruik ervaren?

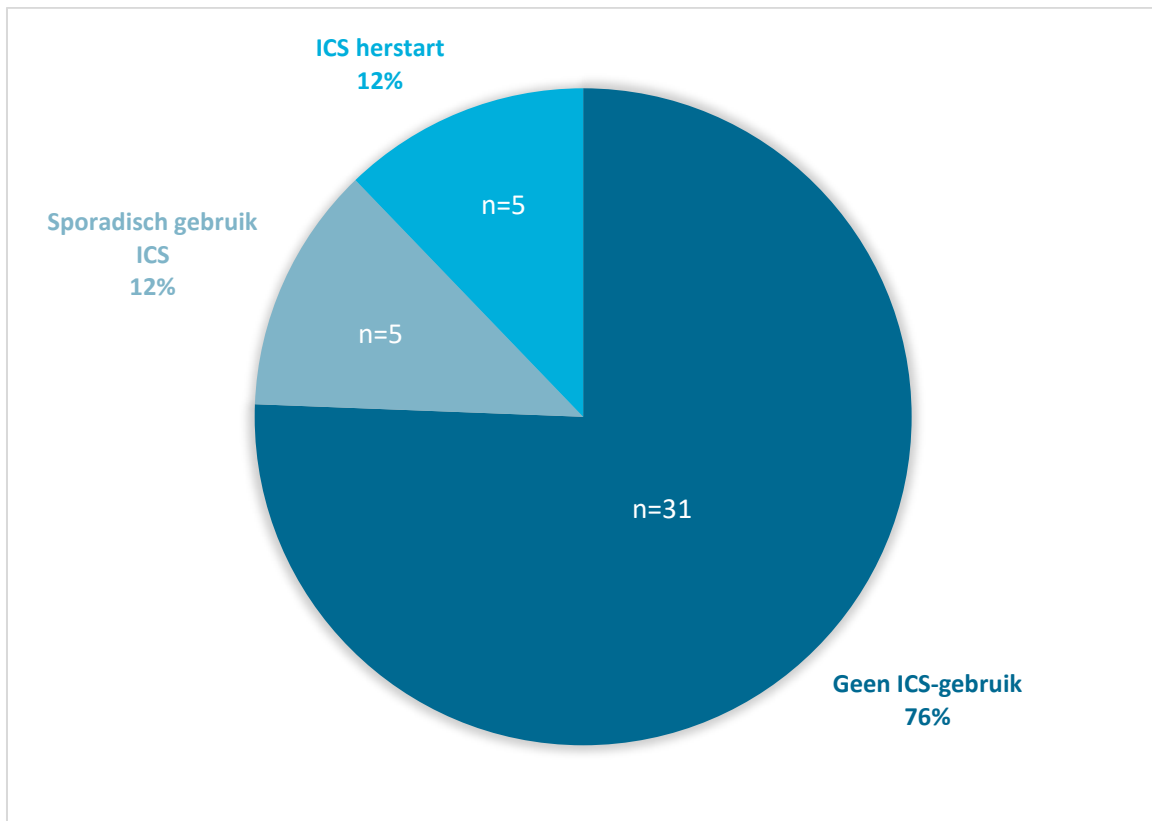
In totaal werd 48 keer de digitale vragenlijst door patiënten ingevuld. Hiervan werden zes reacties verwijderd omdat deze dubbel waren ingediend. De tevredenheid met de geboden begeleiding bij het stoppen met ICS was groot: slechts 4 patiënten (9%) gaven aan deze matig tot slecht te vinden (zie Figuur 6).

Figuur 6: Tevredenheid over begeleiding door huisartsenpraktijk bij het stoppen met ICS (n=42; per categorie is aantal; percentage weergegeven)

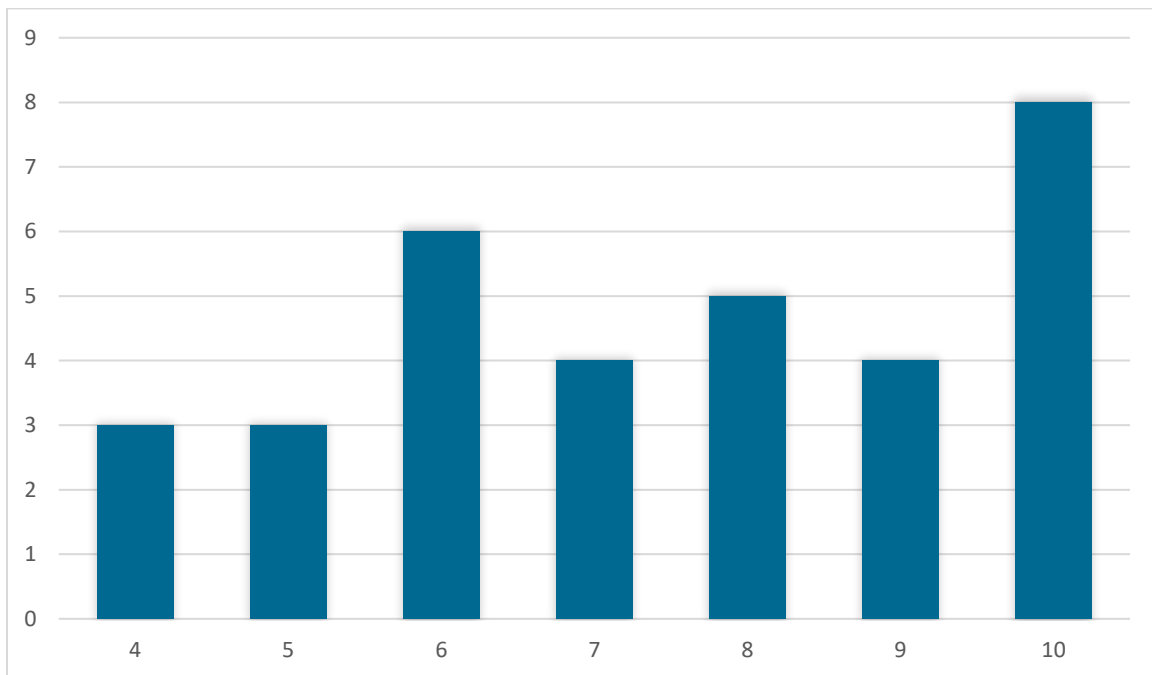


Op de vraag of de patiënt na 3 maanden nog steeds gestopt was met ICS antwoordden er 31 positief (76%; Figuur 7). Vijf patiënten gaven aan nog wel sporadisch ICS te hebben gebruikt en 5 waren opnieuw gestart met ICS. Een patiënt gaf aan deze vraag niet te willen beantwoorden. Het merendeel (Figuur 8) zou het stoppen met ICS ook aan andere patiënten aanbevelen (n=33). Meer dan de helft van de patiënten gaf hierbij een cijfer van acht of hoger.

Figuur 7: ICS-gebruik zoals gerapporteerd door patiënten in de digitale vragenlijst 3 maanden nadat ICS bij hen gestaakt was (n=41)



Figuur 8: Cijfer van 1-10: in hoeverre raadt de patiënt het stoppen van ICS ook aan andere COPD-patiënten aan (n=33)



Negen van de 40 patiënten die de vraag over longaanvallen hadden beantwoord, rapporteerden longaanvallen (22,5%), waarvan zeven twee of meer longaanvallen rapporteerden sinds het stoppen met ICS. De herstart van ICS was niet gerelateerd aan zelf-gerapporteerde longaanvallen (zie Tabel 6). Wel scoorden patiënten met longaanvallen lager op de vraag of anderen ook het stoppen van ICS zouden moeten proberen: alle patiënten die een vier scoren (n=3) rapporteerden 2 of meer longaanvallen. De tevredenheid met de begeleiding vanuit de praktijk was niet gerelateerd aan longaanvallen.

Tabel 6: Longaanvallen en herstart ICS-gebruik en tevredenheid met de begeleiding (n=40)

| | Geen longaanvallen | 1 longaanval | ≥2 longaanvallen |
|--------------------------------------------------|--------------------|--------------|------------------|
| ICS-status na 3 maanden | | | |
| Nog gestopt | 23 | 2 | 4 |
| Sporadisch gebruikt | 4 | 0 | 1 |
| Herstart | 3 | 0 | 2 |
| <i>Niet beantwoord</i> | 1 | 0 | 0 |
| Tevredenheid begeleiding | | | |
| Uitstekend | 10 | 0 | 0 |
| Zeer goed | 6 | 1 | 2 |
| Goed | 12 | 1 | 4 |
| Matig | 2 | 0 | 1 |
| Slecht | 1 | 0 | 0 |
| Cijfer aanraden stoppen ICS aan andere patiënten | | | |
| Onvoldoende (4 of 5) | 2 | 0 | 4 |
| Voldoende (6 of 7) | 8 | 0 | 1 |
| Goed (8-10) | 15 | 1 | 0 |
| <i>Niet beantwoord</i> | 6 | 1 | 2 |

Onderzoeksvraag 5 t/m 7: de mening van de zorgverlener en patiënt over de deïmplementatiestrategie

Samenvatting van interviews patiënten

Bij acht van de negen geïnterviewde patiënten werd het stoppen met ICS door de praktijkondersteuner (POH) ter sprake gebracht. De negende patiënt had zelf aangegeven te willen stoppen met ICS (respondent #8, zie Tabel 3). Ondanks dat slechts enkele patiënten de werking van ICS goed wisten te omschrijven en bijwerkingen van ICS zelden bekend zijn, waren allen bereid om te stoppen. Hierbij speelde de goede band met en vertrouwen in de POH een belangrijke rol. Verder bleek het medicatie kunnen minderen een belangrijke drijfveer. Veel patiënten gaven aan veel verschillende medicijnen te gebruiken (ook voor andere aandoeningen) en zouden graag met minder medicatie toe willen kunnen. Eén patiënt gaf aan dat hij het belangrijk vond dat er geen onnodige zorgkosten gemaakt werden (#8), terwijl een andere patiënt een financiële prikkel bij de behandelaar om ICS voor te schrijven niet uitsloot. *“Het zou me niet verbazen als er een verdienmodel achter zit. Mijn vriend was tandarts en die kreeg ook snoepreispjes van fabrikanten aangeboden om bepaalde producten te promoten”*. (#3) Alle acht patiënten die gevraagd waren door de POH om te stoppen met ICS waren echter overtuigd van de goede intenties en kundigheid van de POH om dit advies te kunnen geven.

Twee patiënten gaven aan het stoppen met ICS wel spannend te hebben gevonden, maar het merendeel was ervan overtuigd dat het hen wel zou lukken. *“Ik ben een doorzetter”*, is daarbij veel gehoord. (#6, #8, #9) Bijvoorbeeld: Ik heb ook kunnen stoppen met roken. (#6) Ook benoemden een aantal patiënten dat de vraag op het juiste moment kwam. Bijvoorbeeld omdat ze gestopt waren met roken (#6), meer zijn gaan sporten (#8) of onlangs gepensioneerd waren. (#4) Door deze wijzigingen in hun leven achtte zij de stoppoging als goed haalbaar.

Het stopgesprek werd door alle patiënten positief ervaren, al gaven sommige patiënten aan nog steeds niet precies te weten waarom ze eigenlijk beter met ICS konden stoppen. De POH had wel verteld dat langdurig gebruik van ICS niet goed was en bijwerkingen kan geven, maar welke dat dan zijn hadden sommige graag willen weten. Anderen vonden het wel goed zo of hadden deze informatie wel gekregen.

Alle patiënten gebruikten na het stoppen met ICS luchtwegverwijdende medicatie. Bij een patiënt was sprake van een medicatiewijziging vier weken na het stoppen met ICS vanwege toegenomen klachten. (#9) Na de medicatiewissel (naar een LABA/LAMA combi) ging het veel beter. Enkele patiënten gaven aan heel blij te zijn met de wijziging omdat het nu beter met hen gaat. Een patiënt meldde een betere longfunctie (#7) en een ander gaf aan minder kortademig te zijn en 's nachts' minder hoestklachten te hebben. (#1) Tot slot gaf een patiënt aan dat hij door de nieuwe medicijnen gemakkelijker slijm kon ophoesten. (#2) Deze patiënt was ook heel blij om nu van 'de toeter' (voorzetkamer) af te zijn omdat dit zo'n gedoe was. (#2) Terwijl een andere patiënt het juist erg prettig vond dat zij dezelfde (moderne) inhalator kon blijven gebruiken. (#9) De smaak van de nieuwe medicatie werd door twee patiënten genoemd als negatief. Een patiënt vond het vervelend dat het nieuwe middel geen smaak had, want voorheen wist hij altijd dat zijn inhalator nog niet leeg was doordat hij de vieze smaak proefde. (#2) De andere patiënt vond de smaak van de nieuwe medicatie juist niet prettig. (#6)

Met alle patiënten is na het stopmoment contact geweest met de POH en soms met de huisarts. Alle patiënten gaven aan dit zeer te waarderen. Een patiënt gaf aan dat er nog wel meer contact (er waren twee contactmomenten geweest) had mogen zijn. (#5) Drie patiënten gaven aan in het begin wel wat hoestklachten te hebben gehad. (#1, #7 en #9) Bij een was sprake van een griep in die periode en bij haar werd uiteindelijk de medicatie aangepast. (#9) Bij een andere patiënt ging het hoesten samen met een toename van slijmproductie, maar dit werd na enkele weken vanzelf beter. (#7)

Patiënten gaven aan weinig nadelen te hebben ondervonden van het gebruik van de nieuwvoorgeschreven luchtwegverwijdende medicatie. Ze gaven aan niets gemist te hebben in de begeleiding bij het stoppen met de ICS en waren alle trots dat ze hadden kunnen stoppen. Het vertrouwen in de medewerkers van de praktijk en de goede band die zij met hen hadden was volgens alle patiënten cruciaal in het succes van de stoppoging.

Samenvatting van interviews met POHs

Alle geïnterviewde POHs hadden ruime ervaring in ketenzorg COPD. Zij verzorgen de periodieke controles, welke indien van toepassing gecombineerd worden met de ketenzorgprogramma's cardiovasculair risicomangement (CVRM) en diabetes mellitus (DM). Voor het selecteren van patiënten die mogelijk konden stoppen met ICS werden vooral lijsten uitgedraaid met behulp van VIPlive. Een POH gaf aan veel meer ervaring te hebben met het huisartsinformatiesysteem (HIS) en gaf daar de voorkeur aan. (#13) Een andere POH gaf aan geschrokken te zijn van het grote aantal COPD-patiënten die ICS gebruikten in hun praktijk. (#12) Het maken van de lijst was een eyeopener. Op basis van de lijst is vervolgens bepaald welke COPD-patiënten geschikt waren om te stoppen. Redenen om niet te stoppen waren astma, longaanvallen, onder behandeling staan van een longarts, patiënt heeft ook een longcarcinoom ("*dan ga ik niet in de behandeling roeren*") (#11) en patiënt heeft psychische problemen. Een POH gaf aan ook buiten het project om een persoon te hebben laten stoppen met ICS. (#11) Deze persoon gebruikte al 15 jaar ICS terwijl COPD nooit goed gediagnosticeerd was. Er bestond een groot verschil in hoe POHs omgaan met mogelijk astma in het dossier. "*Er stond 'astma?' in het dossier maar geen code, dat bleek dus gewoon niet goed genoteerd te zijn*". (#10) Echter, veel POHs gaven aan dat bij twijfel spirometrie werd verricht en dat enkel bij aangetoonde reversibiliteit de diagnose astma dan bevestigd werd. In sommige praktijken waren slechts een tot enkele COPD-patiënten gestopt met ICS. Soms was dat omdat er recent al een verbetertraject had plaatsgevonden om het niet-gepast ICS-gebruik terug te dringen. (#14 en #15) Een andere POH gaf aan klein gestart te zijn op advies van de praktijkconsulent en het nog verder op te gaan pakken. (#11) Deze POH gaf aan dat de timing van het project niet goed was (corona, veel personeelwisselingen in de praktijk) waardoor het minder aandacht heeft gekregen.

De POHs riepen patiënten op voor het stopgesprek of wachtten af tot de jaarcontroles. Een POH gaf aan een gesprek te hebben gepland bij een bloeddrukmeting omdat de patiënt voor COPD-controle meestal niet kwam opdagen uit angst voor een stop-roken advies. (#11) De gesprekken werden over het algemeen positief ervaren. Belangrijk hierbij was de band met de patiënt en het vertrouwen van de patiënt in de POH. Als motivatie om te stoppen met ICS werden vooral nieuwe inzichten en lange-termijn bijwerkingen van ICS door de POHs benoemd. Vooral het voorkomen van botontkalking en pneumonie waren volgens een POH een belangrijke drijfveer voor patiënten om een stoppoging te willen wagen. (#12) Het merendeel van de patiënten was na het advies bereid om te stoppen met ICS. Angst voor het stoppen (hoesten, kortademigheid), langdurig gebruik van ICS waarbij 'het toch goed gaat' en onverschilligheid waren volgens de POHs redenen om twijfel te hebben bij het stop-advies. Maar de openheid, voorlichting, aangeboden begeleiding en mogelijkheid om te herstarten trokken patiënten over de streep om het toch te gaan proberen. Hierbij werd het wel belangrijk gevonden om de mening van de patiënt te respecteren.

Alle POHs gaven aan de luchtwegverwijdende medicatie te hebben geoptimaliseerd en het stoppen met ICS te hebben gemonitord. Indien nodig, zoals wanneer er duidelijk sprake was van angst, werd extra contact opgenomen met de patiënt. Zoals bij een patiënt met cardiale problematiek die het stoppen erg spannend vond. (#12) In een praktijk was sprake van een wandelclubje waarbij de POH heel eenvoudig informeel kon navragen hoe het met de

patiënten ging. (#13) Bij het overstappen op andere medicatie werd soms bewust direct gekeken naar het gebruikersgemak. Zoals het omschakelen naar medicatie die nog maar eenmaal daags gebruikt hoefde te worden. Voor de patiënt was dat dan een win-win situatie. (#13) Meerdere POHs gaven aan de huisarts te hebben ingeschakeld bij de stoppoging. De patiënt werd op consult bij de huisarts gevraagd na enkele weken om een groter vertrouwen te geven in dat het stoppen met ICS echt goed ging. (#13, #14 en #15) *“Als de huisarts het zegt, dan hebben patiënten daar toch meer vertrouwen in”*. (#13) Daarnaast blijkt de huisarts vaak verantwoordelijk te zijn voor de herstart van ICS. In een geval was dat na zes weken hoesten en gaf de POH aan dit beleid passend te vinden. (#11) In een ander geval waren de hoestklachten pas recent ontstaan en heeft er een gesprek tussen POH en huisarts plaatsgevonden om toekomstige herstart te voorkomen. (#10) Deze patiënt die met ICS herstart was, was niet bereid opnieuw een stoppoging te wagen. Bij enkele patiënten was het ICS-gebruik herstart na een longaanval. Een POH gaf aan zich daar schuldig over te hebben gevonden. (#13) Bij een patiënt werd ICS herstart in verband met het mogelijk beschermend effect bij een coronabesmetting. (#11) Voordelen van gestopt zijn met ICS die genoemd werden door patiënten aan de POHs waren dat de prikkel in de keel verdwenen was (#11), dat de huid er beter uit zag (#12) en dat een patiënt aangaf minder snel blauwe plekken te krijgen. (#12)

Het voorschrijven van ICS bij nieuwe patiënten is een taak van de huisarts. Een POH gaf aan hier controle op uit te oefenen door de lijsten ICS-gebruik door COPD-patiënten te bekijken. (#10) Over het algemeen hebben POH vertrouwen in het terughoudend beleid van huisartsen wat prescriptie van ICS betreft. *“Het heeft de aandacht in onze praktijk”* (#14 en #15). In een praktijk werd nog wel eens ICS op proef gegeven wat volgens de POH tot overbehandeling kon leiden. (#10)

De mate waarin er gebruik werd gemaakt van de begeleiding en de toolbox van het DECIDE-project wisselde sterk tussen POHs en leek vooral afhankelijk van het vertrouwen van de POH in eigen kennis en kunde op dit gebied. De begeleiding door praktijkconsulenten van de zorggroep werd beter beoordeeld dan de begeleiding door een projectmedewerker, mede omdat de POHs en praktijkconsulenten elkaar goed kennen. De scholing werd door enkele POHs gebruikt als naslagwerk. De toolbox werd als volledig en nuttig ervaren. Een POH gaf aan het te omvangrijk te vinden. (#11) De ervaring met het DECIDE-project is bij alle POH positief. Belangrijke punten die hierbij genoemd werden waren dat het minder tijd kostte dan vooraf gedacht (#12, #13), dat het maken van een lijst eenvoudig is (#10, #11 en #12) en dat patiënten bereid waren om te stoppen. (alle POH)

Waardering en effectiviteit van de implementatiestrategie

De zorgverleners waardeerden de toolbox en de scholing. Deze werden als behulpzaam en volledig gezien. De toolbox werd door veel POH als naslagwerk gebruikt. De mate waarin was daarbij afhankelijk van het vertrouwen van de POH in eigen kennis en kunde. Onderdelen van de toolbox die actief gebruikt werden waren: hoe een lijst te maken in VIPlive; hoe selecteer ik welke patiënten geschikt zijn om te stoppen met ICS (waaronder stroomschema); vragenlijst om bijwerkingen ICS in kaart te brengen; informatie over ICS stoppen voor patiënten (zoals welke bijwerkingen er zijn) en adviezen over het monitoren

van patiënten bij een stoppoging. Ook de bijgeleverde brieven werden gebruikt om patiënten het thuis nog een keer na te kunnen laten lezen. Patiënten waardeerden vooral de uitleg en persoonlijke begeleiding van de POH tijdens de stoppoging. Ook de verandering in luchtwegverwijdende medicatie en de mogelijkheid om altijd weer te kunnen starten met ICS als dat nodig was, werden door de patiënten gewaardeerd. Een bladlegger (of filmpje) met plaatjes over de werking van ICS en waarom COPD-patiënten hier geen baat bij hebben werd als toevoeging op de toolbox gesuggereerd. (#12) Een andere POH had een korte handleiding handig gevonden. (#13) Een dergelijke handleiding was echter wel onderdeel van het plan.

Zowel patiënten als POHs gaven aan dat vooral de vertrouwensband tussen hen doorslaggevend was in het besluit om ICS te stoppen en ook om deze poging succesvol te laten verlopen. Goede follow-up, laagdrempeligheid van contactmogelijkheden en altijd de optie hebben om ICS te herstarten als dat nodig was waren daarbij van doorslaggevend belang. Op voorhand patiënten informeren over mogelijke tijdelijke toename van hoestklachten werd als zeer belangrijk ervaren voor een succesvolle stoppoging.

Welke factoren werkten belemmerend voor de deïmplementatiestrategie?

Corona, drukte en personele wisselingen waren algemene factoren die het deïmplementeren van niet-gepast ICS-gebruik belemmerden. Daarbij gaf een POH aan dat COPD weinig prioriteit heeft als ketenzorgprogramma naast CVRM en DM. (#13) Ook bleek miscommunicatie binnen het huisartsteam belemmerend te werken. Zo werd een patiënt herstart door de huisarts, terwijl dat waarschijnlijk niet nodig was. (#11) En ook verschil in communicatie tussen huisarts en POH werd genoemd als een belemmering omdat het verwarrend voor patiënten werkt. (#13) Niet alle patiënten waren bereid om ICS te stoppen. Vooral angst voor het stoppen en niet openstaan voor veranderingen werden daarbij genoemd. Gedragsverandering werd ook gezien als moeilijk te bereiken door een POH. (#13) Een POH miste een korte handleiding, terwijl dat deze er wel was. (#13) Tot slot, enkele POHs vonden de opstartende projectmedewerker niet genoeg boven de materie staan om hen goed te kunnen begeleiden.

Welke factoren werkten faciliterend voor de deïmplementatiestrategie?

Wat volgens een POH goed werkte was starten met ketenzorg-patiënten omdat ze hier al goed contact mee had en dat later uitbreiden naar andere COPD-patiënten. (#11) Ook werd genoemd dat het van belang is om het project als team aan te pakken. Dat straalt vertrouwen uit en daardoor kun je alle patiënten bereiken, dus niet alleen degenen die door de POH gezien worden. (#11) Een goede band tussen zorgverlener en patiënt vergrootte de bereidheid om te stoppen en de kans dat de stoppoging succesvol was. Een gesprek met de huisarts werkte goed voor patiënten met twijfel. Heldere communicatie – ook over welke klachten een patiënt tijdelijk kan ondervinden – was daarbij cruciaal. Ook bleek het van belang om direct de luchtwegmedicatie te optimaliseren en een goede follow-up te regelen. Uit de patiënten-interviews bleek de vertrouwensband met de POH en goede communicatie doorslaggevend voor het slagen van de stoppoging. Daarnaast was vertrouwen in het kunnen stoppen van belang voor de patiënt en leek een goede timing van de stoppoging van belang. Zo gaven POHs aan ICS niet te stoppen in de winter als de kans op longaanvallen

toch al groter was (#14 en #15) en een patiënt gaf aan dat juist na haar pensionering ze meer ruimte had om het ICS-gebruik te stoppen.(#4)

Discussie en conclusies

In Drenthe heeft het DECIDE-project plaatsgevonden met als doel om niet-gepast ICS-gebruik bij COPD terug te dringen. Het gemiddelde actueel ICS-gebruik in alle praktijken samen is daarbij in het tijdsbestek van een jaar met 2,5% gedaald. Deze daling was groter in de praktijken die actief deelgenomen hebben aan het project en aan de evaluatie (4,7%, verschil niet significant). In deelnemende praktijken werd bij 23% van de COPD-patiënten die ICS gebruikten het ICS-gebruik gestopt. Het merendeel (81%) van deze patiënten was na 3 maanden nog steeds gestopt met ICS. Zowel patiënten die gestopt waren met ICS als POHs gaven aan tevreden te zijn over de gekozen deïmplementatiestrategie. De vertrouwensband tussen POH en patiënt en een goede communicatie en begeleiding bleken cruciale onderdelen te zijn om ICS succesvol te stoppen.

Dokter Drenthe is een zorggroep waar ketenzorg COPD in 2021 beter geïmplementeerd was dan in andere zorggroepen.(7) Zo werd vaker inhalatietechniek getraind, functionele status gerapporteerd en het rookgedrag vastgelegd. De prevalentie COPD was in 2021 iets hoger dan het landelijk gemiddelde (2,2 versus 1,9%), terwijl verhoudingsgewijs minder COPD-patiënten ICS gebruikten. 49,5% van de COPD-patiënten die deelnamen aan het ketenzorgprogramma van Dokter Drenthe gebruikten ICS in vergelijking tot een landelijke schatting van 60,2%.(4) Er was sprake van ACO bij 9,7% van de COPD-populatie. Dit is minder dan in eerdere onderzoeken werd gevonden; in een cohortstudie gebaseerd op dossiergegevens van 178 Nederlandse huisartspraktijken bleek 17,8% van de COPD-patiënten tevens gediagnosticeerd te zijn met astma, waardoor er dus sprake was van ACO.(8)

De resultaten van de evaluatie zijn moeilijk vergelijkbaar met bestaande literatuur omdat dit - voor zover bij het projectteam bekend - het eerste project is waarbij niet alleen gefocust werd op het stoppen van niet-gepast ICS-gebruik door COPD-patiënten, maar ook op het voorkomen van het (her)starten van ICS om niet-gepaste redenen. Daarbij worden meestal geen cijfers gerapporteerd over het *real life* ICS-gebruik in een regio en hoe een deïmplementatiestrategie daar invloed op heeft. Een uitzondering hierop is de studie van Cole, waarbij in huisartspraktijken in Oost-Londen een project heeft plaatsgevonden om het niet-gepast ICS-gebruik door COPD-patiënten te verminderen. Hiertoe werden alle huisartsen in de regio geschoold, werd een ICS-signaleringsfunctie ingebouwd in het HIS en werden praktijken financieel beloont voor het laten stoppen met ICS van COPD-patiënten. Zij vonden een daling in ICS-gebruik van 0,84% per kwartaal en deze daling was groter dan in de periode vóór de interventie (namelijk een daling van 0,06% per kwartaal).(9) De gevonden daling in dit project vertoont grote overeenkomst met de daling in het DECIDE-project. Om de daling in ICS-gebruik in Drenthe echter goed te kunnen duiden is het aan te bevelen de gegevens van Dokter Drenthe te vergelijken met die van andere Nederlandse huisartsenzorggroepen waar het deïmplementeren van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD geen speerpunt was. Deze vergelijking was geen onderdeel van de opdracht van het Zorginstituut voor het DECIDE-project.

23% van de COPD-patiënten die ICS gebruikten in de deelnemende praktijken zijn hiermee gestopt en dat geldt voor 31% van de COPD-patiënten waarbij geen sprake was van astma. Dit is vergelijkbaar met eerdere projecten. Zo stopte 27,3% van de COPD-patiënten met ICS in een Nederlandse studie die gericht was op het verminderen van niet-gepast ICS-gebruik in Nederlandse huisartsenpraktijken (Whisperstudie). In een Engelse haalbaarheidsstudie werd gevonden dat 26,8% van de COPD-patiënten geschikt en bereid waren tot het stoppen met ICS.(10, 11) Daarentegen waren er in het DECIDE-project minder COPD-patiënten die ICS herstartte dan in eerdere projecten gevonden werd. Zo herstartte 32,8% van de COPD-patiënten die deelnamen aan de Whisperstudie het ICS-gebruik (gemiddeld na 49 dagen).(11) In een andere studie waarin COPD-patiënten met een hoge ziektelast waren geïnccludeerd was de herstart binnen zes maanden zelfs 60%.(12) In de observationele studie van Magnussen uit 2021 resulteerde het stoppen van de ICS-component van patiënten die tot dan toe behandeld waren met triple-therapie (ICS/LABA/LAMA) tot een herstart van ICS bij 61,9%.(13) In deze laatste studie waren ook patiënten met ACO geïnccludeerd en de astma-component bleek een belangrijke voorspeller voor een niet-succesvolle stoppoging. Opvallend is dat in geen van deze studies een duidelijk verband gevonden werd tussen het herstarten van ICS en longaanvallen.(11-13) Of patiënten nog steeds gestopt waren met ICS werd in het DECIDE-project bepaald na 3 maanden wat een kortere follow-up is als bovengenoemde studies (6 maanden). Het is mogelijk dat in het DECIDE-project enkele patiënten op een later tijdstip alsnog het ICS-gebruik herstart hebben. Eerder onderzoek liet echter zien dat de meeste patiënten die herstarten met ICS dat ruim binnen 3 maanden doen.(11, 13)

De afname in ICS-gebruik in de COPD-populatie waarbij ACO was uitgesloten was aanmerkelijk groter dan in de gehele COPD-populatie (zie [Figuur 3](#)). Als astma uitgesloten is, dan is de kans op niet-gepast ICS-gebruik bij COPD-patiënten groter aangezien astma de belangrijkste reden is waarom ICS wel gepast is. Een grotere ICS-daling in de subgroep waarin astma uitgesloten is, is dus bij de implementatie logisch. In dezelfde periode (kwartaal 1 2022 –kwartaal 1 2023) nam de prevalentie ACO in de populatie ook toe (van 10,2 naar 12,0%). De interviews met de POHs . Zij concludeerden vaak dat er sprake was van niet eerder gerapporteerd astma. Met 12% ACO is de prevalentie hiervan nog steeds laag ten opzichte van andere regio's.(8) Maar of al de nieuwe diagnoses astma terecht zijn is de vraag. Zo blijkt zo'n 25% van de diagnoses astma in huisartspraktijken niet juist gesteld te zijn.(14) En ook de geïnterviewde POHs gaven aan diagnoses astma gesteld te hebben op basis van informatie in het dossier (zonder spirometrie).

In eerder onderzoek is vastgesteld dat ongeveer 25% van de COPD-populatie baat heeft bij een ICS omdat er sprake is van ACO of omdat het helpt om ernstige longaanvallen te voorkomen.(4) Dit getal is gebaseerd op vele aannames en moet met de nodige voorzichtigheid gehanteerd worden. Bij huisartspraktijken in Dokter Drenthe is het actueel ICS-gebruik in een jaar tijd gedaald van 37,5% naar 35,1% en in de actieve groep (GROEP 1) zelfs van 37,9% naar 33,2%. Als bij ongeveer 25% van de populatie ICS inderdaad gepast is, dan is de regio al goed op weg om het niet-gepast ICS-gebruik te stoppen.

Het DECIDE-project heeft plaatsgevonden tijdens de corona-pandemie. Dit kan de resultaten zowel negatief als positief beïnvloed hebben. Er was sprake van grote drukte in huisartsenpraktijken en het oproepen van COPD-patiënten die mogelijk kwetsbaar zijn werd niet verantwoord geacht in perioden van hoge besmettingscijfers. Hierdoor heeft het project langer geduurd en is mogelijk de daling in ICS-gebruik per jaar lager uitgevallen dan zonder pandemie het geval zou zijn geweest. Daarbij werd tijdens de pandemie duidelijk dat ICS mogelijk een beschermend effect heeft op een ernstig beloop (ziekenhuisopname of sterfte) bij een corona-besmetting.(15) Dit kan een motivatie zijn geweest om ICS te introduceren of continueren bij COPD-patiënten. Een POH gaf tijdens het interview aan dat dit bij een patiënt de reden is geweest om ICS te herstarten. Daarentegen leidde de genomen preventiemaatregelen tot een daling van het aantal luchtweginfecties en dus tot minder longaanvallen.(16) Een longaanval kan een reden zijn om ICS te herstarten.

Het DECIDE-project was specifiek opgezet voor de regio in samenspraak met regionale stakeholders. Hierdoor kon de strategie goed aansluiten bij lokale behoeften en knelpunten. Dat bleek ook uit de interviews met zorgverleners en patiënten te hebben gewerkt. Daarbij had het project een breed draagvlak wat ook uitgedragen werd door de stakeholders. Er werd door de stakeholders gekozen voor een breed pakket aan educatie, informatie en hulpmiddelen (tools) om het niet-gepast ICS-gebruik bij COPD-patiënten tegen te gaan, maar sommige mogelijkheden zijn daarbij bewust niet gekozen.

Zo werd niet gekozen voor een eosinofielenbepaling in de huisartsenpraktijk om vast te stellen welke COPD-patiënten kunnen stoppen met het gebruiken van ICS. Een belangrijke motivatie hiervoor was dat de vigerende COPD-Standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap het bepalen van eosinofielen niet adviseert.(1) Inmiddels adviseert de *European Respiratory Society* (ERS) dit wel.(17) De discussie over de meerwaarde van eosinofielenbepalingen in de huisartsenpraktijk om vast te stellen welke COPD-patiënten ICS-gebruik zouden moeten starten of er juist mee kunnen stoppen wordt nog steeds gevoerd. Zo is onlangs een predictiemodel verschenen om de kans op een succesvolle stoppoging te voorspellen en daarin bleek dat patiënten met meer dan 300 eosinofielen (EOS) per μl in het bloed een grotere kans hadden op een niet-succesvolle stoppoging (hazard ratio (HR) 1,59).(18) In een andere studie werd daarentegen niet gevonden dat deze EOS afkapwaarde geassocieerd was met een kortere tijd tot een eerste (matig tot ernstige) longaanval bij het stoppen van ICS (HR 1,1).(13) Een recente studie liet zien dat longaanvallen een veel belangrijkere voorspeller zijn voor de kans op longaanvallen na het stoppen met ICS dan de concentratie eosinofielen.(19) Ook financiële incentives zijn niet gegeven omdat dit een perverse prikkel zou kunnen zijn om ICS te stoppen bij patiënten die hier mogelijk wel baat bij hebben.

De evaluatie was toegevoegd aan een 'real world' project wat de nodige voor- en nadelen heeft. Deelname aan de evaluatie was voor praktijken geen voorwaarde om te kunnen deelnemen aan het deïmplementatieproject. Hierdoor is er een grote variatie in mate van participatie door praktijken ontstaan in het project. Vooral groep 2 (wel deïmplementatie, maar geen evaluatiegegevens van patiënten) is een diverse groep waar praktijken in ondergebracht zijn die mogelijk alleen voornemens waren om de overbehandeling met ICS

aan te gaan pakken maar daar niet aan toe zijn gekomen tot praktijken die daadwerkelijk patiënten hebben laten stoppen, maar waarbij de betreffende patiënten geen interesse hadden in deelname aan de evaluatie. Gezien de kleine aantallen zijn deze groepen niet verder uitgesplitst. De resultaten in deze groep lijken meer op praktijken die niet actief deelnamen (groep 3) dan op die in de actieve evaluatie groep (groep 1), wat een aanwijzing kan zijn dat het project niet heel actief opgepakt is in de meeste van deze praktijken. Gesprekken met zorgverleners die heel weinig patiënten in de praktijk hadden die ICS konden stoppen leerde ons dat in deze praktijken vaak alsnog een diagnose ACO gesteld werd of dat reductie van ICS-gebruik bij COPD al eerder een verbetertraject in de praktijk was geweest waardoor er geen ruimte meer voor verbetering was. Op groepsniveau was de ruimte voor verbetering in het stoppen van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD echter niet kleiner dan voor de andere groepen (zie Tabel 2).

Slechts een beperkt aantal praktijken en patiënten waren bereid om deel te nemen aan de evaluatie. Deze groep was waarschijnlijk ook niet representatief voor de gehele populatie. Daarbij zijn er veranderingen doorgevoerd in de regio (zoals een andere definitie voor ketenzorg in VIPlive) die de cijfers van verschillende kwartalen minder vergelijkbaar maken. Daarbij, bleken zowel de huisartsen in algemene zin en de POHs waar het project minder succesvol verlopen was, minder bereid om geïnterviewd te worden, terwijl de input van deze zorgverleners juist wel van belang is. Gelukkig waren twee POH met slechts een deelnemer bereid om geïnterviewd te worden. Tot slot, door het mixed method studie design werd duidelijk dat de rapportage vanuit een praktijk niet 100% accuraat was. Volgens de ingevulde praktijkregistratielijst was er geen sprake van een herstart, terwijl dit in het interview met de POH wel benoemd werd. Omdat van de overige praktijken deze informatie niet beschikbaar is, zijn de gegevens uit de rapportage niet aangepast. Door het combineren van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden is een breed beeld verkregen van het reduceren van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD-patiënten in de Drentse huisartspraktijken, dat niet verstoord werd door restricties zoals in- en exclusiecriteria die normaal aan deelname aan wetenschappelijk onderzoek kleven. Door deze opzet is ook inzicht gekregen in praktijken die in eigen beheer een dergelijke deïmplementatiestrategie uitvoeren.

Conclusie

De opzet van een regionale deïmplementatiestrategie om het niet-gepast ICS-gebruik door COPD-patiënten te verminderen bleek haalbaar en werd gewaardeerd door zorgverleners en patiënten. In de regio Drenthe heeft dit geleid tot een daling in ICS-gebruik bij COPD-patiënten en deze daling was bijna twee keer zo groot in praktijken die actief deelnamen aan het project vergeleken met andere praktijken in Drenthe. In hoeverre het niet-onnodig starten met ICS bij nieuwe COPD-patiënten hier aan bijgedragen heeft was in het project niet te evalueren. Het percentage patiënten wat stopte met ICS was vergelijkbaar met eerdere projecten, maar er was sprake van minder onnodige herstart van ICS. De vertrouwensband tussen POH en patiënt bleek een cruciale factor te zijn bij het stoppen en het laten slagen van een ICS stoppoging. De mate waarin POHs daarbij behoefte hadden aan ondersteuning was afhankelijk van de ervaring van de POHs. Een zorg is de toename van het aantal ACO diagnoses waarvan niet met zekerheid gesteld kan worden dat deze op juiste gronden

gesteld zijn. Indien ten onrechte een diagnose astma gesteld wordt dan wordt het ICS-gebruik om verkeerde redenen gecontinueerd.

Aanbevelingen

Op basis van de ervaringen en resultaten vanuit het DECIDE-project hebben wij de volgende aanbevelingen:

- Deïmplementatie van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD is haalbaar. Het aanpakken van niet-gepast ICS-gebruik in de huisartsenpraktijk was volgens deelnemende POHs eenvoudig, kostte minder tijd dan verwacht en werd als succesvol ervaren.
- Realiseer dat patiënten een grote bereidheid hebben om ICS te stoppen. Veel mensen willen bij voorkeur zo weinig mogelijk medicatie gebruiken.
- De ontwikkelde strategie lijkt deïmplementatie van niet-gepast ICS-gebruik te versnellen. Deze zou naar andere regio's moeten worden opgeschaald met goede monitoring om te kijken of de positieve resultaten ook op grotere schaal bereikt kunnen worden.
- Deïmplementatie in een regio kost tijd. Het is zinvol om de langetermijneffecten van de deïmplementatiestrategie in Drenthe te evalueren en hierbij ook meer aandacht te hebben voor de rol van de huisarts.
- Een deïmplementatiestrategie dient gedragen te worden door de zorggroep en de regionale stakeholders om de succeskans te vergroten. Bij zorggroep Dokter Drenthe heeft bijvoorbeeld de betrokken kaderhuisarts het onderwerp veelvuldig op de kaart gezet.
- Maak gebruik van bestaande scholingsbijeenkomsten, overlegstructuren, werkafspraken en procedures in de regio. De inzet van lokale professionals die al bekend zijn bij de medewerkers van de huisartspraktijken is daarbij een belangrijke pre.
- Zorg dat de POH bij het stoppen van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD een leidende rol heeft, omdat dit de kans op een succesvolle stoppoging volgens patiënten vergroot. Daarbij bleken POHs vindingrijk te zijn in het bereiken van patiënten die contact met zorgverleners vermeden.
- Zorg voor heldere communicatie over wat de patiënt kan verwachten bij het stoppen met ICS, maak duidelijke afspraken en zorg voor een goede follow-up. Een patiënt die weet dat als het niet lukt het ICS-gebruik herstart kan worden, is mogelijk sneller bereid om een poging te wagen. Een patiënt die weet dat hoesten in de beginfase na het stoppen met ICS tijdelijk toe kan nemen is sneller bereid om het vol te houden. Patiënten waardeerden het zeer als de POH contact opnam om te vragen hoe het ging en laagdrempelig bereikbaar was.
- Communiceer binnen de huisartsenpraktijk (en daarbuiten, bijvoorbeeld richting apothekers) dat patiënten gestopt zijn met ICS en dat een kortdurende toename van hoestklachten daarbij mogelijk is.
- Zorg voor een goed aanbod aan scholingen over diagnostiek astma om de diagnostiek van astma in huisartspraktijken te verbeteren.
- Astma als diagnose dient heroverwogen te worden bij patiënten waarbij in het verleden astma niet is geobjectiveerd (met spirometrie, metacholine- of histamineprovocatie-test of na verwijzing tweede lijn).

- Gebruik het zelfvertrouwen van de patiënt bij het stoppen van ICS. Vergelijk dit bijvoorbeeld met een succesvolle stop-roken poging. Als dat gelukt is, dan lukt het stoppen met ICS mogelijk ook wel.
- Deïmplementatie van niet-gepast ICS-gebruik bleek succesvoller in praktijken die actief deelnamen aan de evaluatie. Bij soortgelijke regionale projecten dient actieve participatie van praktijken daarom nadrukkelijk bevorderd te worden.
- Bij soortgelijke regionale projecten dienen opnieuw belemmerende en faciliterende factoren voor de deïmplementatie van niet-gepast ICS-gebruik door COPD-patiënten in kaart te worden gebracht voor de regio omdat de strategie dient aan te sluiten bij de regionale context.

Referenties

1. Bischoff E, Bouma M, Broekhuizen L, Donkers J, Hallensleben C, De Jong J, et al. NHG-Standaard COPD 2021 07-04-2023.
2. VZinfo.nl. COPD <https://www.vzinfo.nl/copd/leeftijd-en-geslacht2021> [
3. Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg. Verbetersignaleмент Zorgtraject van mensen met COPD 2019 [Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/12/10/zinnige-zorg-verbetersignalement-copd>].
4. Fens T, van der Pol S, Kocks JWH, Postma MJ, van Boven JFM. Economic Impact of Reducing Inappropriate Inhaled Corticosteroids Use in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: ISPOR's Guidance on Budget Impact in Practice. *Value Health*. 2019;22(10):1092-101.
5. Yang IA, Clarke MS, Sim EH, Fong KM. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(7):CD002991.
6. Price DB, Voorham J, Brusselle G, Clemens A, Kostikas K, Stephens JW, et al. Inhaled corticosteroids in COPD and onset of type 2 diabetes and osteoporosis: matched cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2019;29(1):38.
7. Transparante ketenzorg 2021. Rapportage zorggroepen diabetes mellitus, cvrm, copd en astma. Spiegel voor het verbeteren van chronische zorg. InEen; 2022.
8. Geraets I, Schermer T, Kocks JWH, Akkermans R, Bischoff E, van den Bemt L. Primary care cohort study in the sequence of diagnosing chronic respiratory diseases and prescribing inhaled corticosteroids. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2018;28(1):37.
9. Cole JN, Mathur RA, Hull SA. Reducing the use of inhaled corticosteroids in mild-moderate COPD: an observational study in east London. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2020;30(1):34.
10. Harries TH, Gilworth G, Corrigan CJ, Murphy P, Hart N, Thomas M, et al. Withdrawal of inhaled corticosteroids from patients with COPD with mild or moderate airflow limitation in primary care: a feasibility randomised trial. *BMJ Open Respir Res*. 2022;9(1).
11. van den Bemt L, van den Nieuwenhof L, Rutjes A, van der Meer V, Stege G, Wensing M, et al. Pragmatic trial on inhaled corticosteroid withdrawal in patients with COPD in general practice. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2020;30(1):43.
12. Nielsen AO, Hilberg O, Jensen JUS, Kristensen SH, Frolund JC, Langkilde PK, et al. Withdrawal of Inhaled Corticosteroids in Patients with COPD - A Prospective Observational Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021;16:807-15.
13. Magnussen H, Lucas S, Lapperre T, Quint JK, Dandurand RJ, Roche N, et al. Withdrawal of inhaled corticosteroids versus continuation of triple therapy in patients with COPD in real life: observational comparative effectiveness study. *Respir Res*. 2021;22(1):25.
14. Verbetersignalement Astma. Zinnige Zorg | ICD-10: J45. Zorginstituut Nederland; 2020.
15. Griesel M, Wagner C, Mikolajewska A, Stegemann M, Fichtner F, Metzendorf MI, et al. Inhaled corticosteroids for the treatment of COVID-19. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;3(3):CD015125.
16. So JY, O'Hara NN, Kenaa B, Williams JG, deBorja CL, Slejko JF, et al. Population Decline in COPD Admissions During the COVID-19 Pandemic Associated with Lower Burden of Community Respiratory Viral Infections. *Am J Med*. 2021;134(10):1252-9 e3.
17. Chalmers JD, Laska IF, Franssen FME, Janssens W, Pavord I, Rigau D, et al. Withdrawal of inhaled corticosteroids in COPD: a European Respiratory Society guideline. *Eur Respir J*. 2020;55(6).
18. Lee JH, Kim S, Oh YM. A Prediction Scoring Model for the Effect of Withdrawal or Addition of Inhaled Corticosteroids in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023;18:113-27.
19. Worth H, Buhl R, Cree CP, Kardos P, Guckel E, Vogelmeier CF. In 'real world' patients with COPD, exacerbation history, and not blood eosinophils, is the most reliable predictor of future exacerbations. *Respir Res*. 2023;24(1):2.

Dankwoord

Het onderzoeksteam wil graag de POHs, huisartsen, patiënten en andere betrokkenen uit de provincie Drenthe bedanken voor hun bijdrage aan het project. Een speciale dank gaat uit naar Janet de Boer, Agnes Poelman en Paola Gerritsen die de praktijken ondersteund hebben bij het uitvoeren van de deïmplementatiestrategie. Irma Maasen willen we bedanken voor het interviewen van de patiënten en zorgverleners. Margriet Rietdijk wordt bedankt voor het inrichten van de digitale toolbox van het project. Tot slot willen we Reinier Akkermans bedanken voor zijn hulp bij de statistische analyses.

Dit project werd mogelijk gemaakt door een financiering van het Zorginstituut Nederland. Ron van Asselt en Nicolette Huiskens willen we bedanken voor de constructieve overleggen.

Lijst met afkortingen

ACO astma COPD overlap

BMI *Body Mass Index*

CCQ *Clinical COPD Questionnaire*

COPD *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (In het Nederlands: chronisch obstructief longlijden)

CMO Commissie mensgebonden onderzoek

CVRM Cardiovasculair risicomanagement

DM Diabetes Mellitus

ERS European Respiratory Society

FEV1: *Forced Expiratory Volume in one second* (in het Nederlands: Geforceerde Expiratoire Volume die in 1 seconde uitgeblazen wordt)

FVC: *Forced Vital Capacity* (in het Nederlands: Geforceerde Vitale Capaciteit)

HIS Huisartseninformatiesysteem

HR Hazard Ratio

ICPC: *International Classification for Primary Care* (in het Nederlands: standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk)

ICS Inhalatiecorticosteroiden

KIS Ketenzorg informatiesysteem

LABA Langwerkend bèta-2-agonist, sympathicomimeticum

LAMA Langwerkende muscarine antagonist, anticholinergica

NHG Nederlands Huisartsengenootschap

POH Praktijkondersteuner huisarts

Q *Quarter* (kwartaal)

WMO Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen

SABA: *Short acting beta-2-agonist* (in het Nederlands: kortwerkend beta-2-agonist)

SAMA: *Short acting muscarinic antagonist* (in het Nederlands: kortwerkend muscarine antagonist)

Bijlagen

Bijlage 1. Indicators kwartaalgegevens ketenzorgrapportage Dokter Drenthe

Bijlage 2. Richtsnoer interview patiënt die gevraagd is om te stoppen met ICS

Bijlage 3. Richtsnoer interview praktijkmedewerker die deelgenomen heeft aan DECIDE

Bijlage 1. Indicators kwartaalgegevens ketenzorrapportage Dokter Drenthe

Indicators COPD-populatie

| Nummer | Categorie | Indicator |
|--------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1,0 | | Praktijkpopulatie |
| 2,0 | episode | Actieve episode COPD |
| 3,0 | episode | Dubbeldiagnose COPD en Astma t.o.v. alle COPD patienten |
| 4,0 | episode | Dubbeldiagnose COPD en Astma t.o.v. praktijkpopulatie |
| 5,0 | episode | COPD patient volgens zorggroep |
| 6,0 | hoofdbehandelaar | Hoofdbehandelaar Huisarts |
| 7,0 | hoofdbehandelaar | Hoofdbehandelaar Specialist |
| 8,0 | hoofdbehandelaar | Hoofdbehandelaar Overig/onbekend |
| 9,0 | hoofdbehandelaar | Hoofdbehandelaar Ontbreekt/ongeldig |
| 10,0 | substitutie | Terugverwezen naar eerstelijns in kalenderjaar |
| 11,0 | substitutie | Doorverwezen naar tweedelijns in kalenderjaar |
| 12,0 | substitutie | Terugverwezen naar eerstelijns en doorverwezen naar tweedelijns in kalenderjaar |
| 13,0 | substitutie | Doorverwezen naar tweedelijns en terugverwezen naar eerstelijns in kalenderjaar |
| 14,0 | ketenzorg deelname | Deelname ketenzorg Ja |
| 15,0 | ketenzorg deelname | Deelname ketenzorg Nee |
| 16,0 | ketenzorg deelname | Deelname ketenzorg Ontbreekt/ongeldig |
| 17,0 | ketenzorg geen deelname | Reden geen deelname ketenzorg: Op verzoek patiënt |
| 18,0 | ketenzorg geen deelname | Reden geen deelname ketenzorg: Op initiatief arts |
| 19,0 | ketenzorg geen deelname | Reden geen deelname ketenzorg: Naar/in ander zorgprogramma |
| 20,0 | ketenzorg geen deelname | Reden geen deelname ketenzorg: Overig/onbekend |
| 20,1 | ketenzorg geen deelname | Reden geen deelname ketenzorg: No show |
| 21,0 | ketenzorg | Reden geen deelname ketenzorg: Geen reden geregistreerd |
| 22,0 | DBC | Voldoet aan DBC criteria t.o.v. alle COPD patienten |
| 23,0 | DBC | Voldoet aan DBC criteria t.o.v. praktijkpopulatie |
| 23,1 | DBC | Voldoet aan DBC criteria en is actief verwijderd in portaal |
| 24,0 | DBC | Daadwerkelijk gedeclareerd t.o.v. alle COPD patienten |
| 25,0 | DBC | Daadwerkelijk gedeclareerd t.o.v. praktijkpopulatie |
| 26,0 | DBC | Vorig kwartaal gedeclareerd |
| 27,0 | DBC | Vorig kwartaal gedeclareerd, dit kwartaal niet |
| 28,0 | DBC | Vorig kwartaal niet gedeclareerd, dit kwartaal wel |
| 29,0 | DBC | Dit kwartaal wel gedeclareerd, maar voldoet niet (meer) aan DBC criteria |
| 30,0 | geslacht | Geslacht Man |

| | | |
|-------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0 | geslacht | Geslacht Vrouw |
| 32,0 | leeftijd | Leeftijd <70 jaar |
| 33,0 | leeftijd | Leeftijd 70-80 jaar |
| 34,0 | leeftijd | Leeftijd ≥80 jaar |
| 35,0 | nieuw | Nieuwe patiënten |
| 36,0 | opslagwijk | Opslagwijk |
| 41,0 | hoofdbehandelaar | % COPD patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, die voldoen aan Ouderenzorg DBC criteria |
| 42,0 | hoofdbehandelaar | % COPD patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, die NIET voldoen aan Ouderenzorg DBC criteria |
| 43,0 | zorg 1 jr | % COPD patiënten gedeclareerd en ≤1 jaar in zorg |
| 44,0 | zorg 1 jr | % COPD patiënten gedeclareerd en >1 jaar in zorg |
| 129,0 | DBC | % patiënten bekend met COPD die uiteindelijk gedeclareerd zijn incl. handmatige verschuivingen |
| 130,0 | DBC | % patiënten bekend met COPD die uiteindelijk gedeclareerd zijn t.o.v. de praktijkpopulatie |
| 131,0 | hoofdbehandelaar | % COPD patiënten met hoofdbehandelaar huisarts t.o.v. COPD patiënten met hoofdbehandelaar huisarts / specialist / overig/onbekend |
| 132,0 | hoofdbehandelaar | % COPD patiënten met hoofdbehandelaar specialist t.o.v. COPD patiënten met hoofdbehandelaar huisarts / specialist / overig/onbekend |
| 133,0 | hoofdbehandelaar | % COPD patiënten met hoofdbehandelaar overig/onbekend t.o.v. COPD patiënten met hoofdbehandelaar huisarts / specialist / overig/onbekend |

COPD zorg en behandeling indicators

| | | |
|------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10,0 | inhalatietechniek | % COPD patiënten met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd |
| 11,0 | spirometrie | % COPD patiënten bij wie spirometrie op basis van post BD is gedaan in de afgelopen 3 jaar |
| 12,0 | spirometrie | % COPD patiënten bij wie spirometrie is gedaan in de afgelopen 3 jaar |
| 13,0 | functioneren | % COPD patiënten bij wie functioneren is vastgelegd |
| 14,0 | beweging | % COPD patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd |
| 15,0 | roken | % COPD patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd |
| 16,0 | roken | % COPD patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd, die roken |
| 16,1 | roken | % COPD patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd, die voorheen gerookt hebben |
| 16,2 | roken | % COPD patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd, die nooit gerookt hebben |
| 17,0 | vaccinatie | % COPD patiënten met griepvaccinatie |
| 18,0 | bmi | % COPD patiënten bij wie de Body Mass Index berekend is |
| 19,0 | longaanvallen | % COPD patiënten bij wie zich in de afgelopen 12 maanden 2 of meer (nieuwe) longaanvallen hebben voorgedaan |
| 21,0 | gold | % patiënten waarbij de ernst van de aandoening volgens de GOLD-classificatie is geregistreerd in de afgelopen 5 jaar |
| 22,0 | gold | % patiënten met een GOLD-classificatie van 1 (laatste meting) |
| 23,0 | gold | % patiënten met een GOLD-classificatie van 2 (laatste meting) |
| 24,0 | gold | % patiënten met een GOLD-classificatie van 3 (laatste meting) |
| 25,0 | gold | % patiënten met een GOLD-classificatie van 4 (laatste meting) |

| | | |
|-------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 26,0 | ziektelast | % COPD patienten bij wie de ziektelast bekend is |
| 27,0 | ziektelast | % COPD patienten met een lichte ziektelast |
| 28,0 | ziektelast | % COPD patienten met een matige ziektelast |
| 29,0 | ziektelast | % COPD patienten met een ernstige ziektelast |
| 52,0 | beweging | % COPD patienten waarbij mate van lichaamsbeweging voldoet aan norm |
| 53,0 | beweging | % COPD patienten waarbij mate van lichaamsbeweging niet voldoet aan norm |
| 54,0 | beweging | % COPD patienten waarbij mate van lichaamsbeweging onduidelijk is |
| 56,0 | bmi | % COPD patienten met BMI 25 t/m 30 |
| 57,0 | bmi | % COPD patienten met BMI > 30 |
| 78,0 | roken | % COPD patienten met rookstatus ja en SMR advies |
| 79,0 | roken | % COPD patienten met rookstatus ja zonder SMR advies |
| 81,0 | bmi | % COPD patienten met BMI < 21 |
| 82,0 | bmi | % COPD patienten met BMI 21 tot 25 |
| 84,0 | roken | % COPD patienten met een ongeldige rookstatus registratie |
| 85,0 | bmi | % COPD patienten met een ongeldige BMI uitslag |
| 86,0 | beweging | % COPD patienten met een ongeldige lichaamsbeweging uitslag |
| 87,0 | gold | % COPD patienten met een ongeldige uitslag GOLD-classificatie |
| 88,0 | ziektelast | % COPD patienten met een ongeldige uitslag ziektelast |
| 98,0 | functioneren | % COPD patienten bij wie MRC is geregistreerd |
| 99,0 | functioneren | % COPD patienten bij wie CCQ is geregistreerd |
| 104,0 | inhalatietechniek | % COPD patienten en inhalatiemedicatie met inhalatietechniek voldoende |
| 105,0 | inhalatietechniek | % COPD patienten en inhalatiemedicatie met inhalatietechniek onvoldoende |
| 106,0 | inhalatietechniek | % COPD patienten en inhalatiemedicatie met inhalatietechniek onduidelijk |
| 107,0 | inhalatietechniek | % COPD patienten en inhalatiemedicatie met ongeldige inhalatietechniek uitslag |
| 108,0 | longaanvallen | % COPD patienten met minimaal 1 longaanval in het afgelopen jaar |
| 109,0 | medicatie | % COPD patienten met ICS in de groep patienten met inhalatiemedicatie |
| 114,0 | spirometrie | % COPD patienten met een spirometrie Post-BD $\geq 80\%$ |
| 115,0 | spirometrie | % COPD patienten met een spirometrie Post-BD 50-80% |
| 116,0 | spirometrie | % COPD patienten met een spirometrie Post-BD $< 50\%$ |
| 117,0 | spirometrie | % COPD patienten met een spirometrie Post-BD met een ongeldige uitslag |
| 119,0 | functioneren | % COPD patienten bij wie Functioneren CCQ is nagevraagd en uitslag ≤ 1 |
| 120,0 | functioneren | % COPD patienten bij wie Functioneren CCQ is nagevraagd en uitslag > 1 en ≤ 2 |
| 121,0 | functioneren | % COPD patienten bij wie Functioneren CCQ is nagevraagd en uitslag > 2 |
| 122,0 | functioneren | % COPD patienten bij wie Functioneren CCQ is nagevraagd met een ongeldige uitslag |
| 123,0 | beweging | % COPD patienten bij wie bewegen is nagevraagd |
| 124,0 | spirometrie | % COPD patienten bij wie FEV1/FVC ratio pre of post-BD in Z-score is geregistreerd |
| 125,0 | spirometrie | % COPD patienten bij wie FEV1/FVC ratio pré-BD in Z-score is geregistreerd |
| 126,0 | spirometrie | % COPD patienten bij wie FEV1/FVC ratio post-BD in Z-score is geregistreerd |
| 127,0 | voeding | % COPD patienten met wie voedingspatroon is besproken in meetperiode |
| 128,0 | alcohol | % COPD patienten bij wie alcoholgebruik is vastgelegd in afgelopen 12 maanden |

| | | |
|-------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 134,0 | spirometrie | % COPD patiënten bij wie spirometrie is gedaan in het afgelopen jaar |
| 136,0 | longaanvallen | % COPD patiënten bij wie aantal longaanvallen is geregistreerd in de afgelopen 12 maanden |
| 501,0 | medicatie | % COPD patiënten zonder inhalatiemedicatie |
| 502,0 | medicatie | % COPD patiënten met inhalatiemedicatie |
| 503,0 | medicatie | % COPD patiënten zonder ICS |
| 504,0 | medicatie | % COPD patiënten met ICS |
| 505,0 | medicatie | % COPD patiënten zonder stootkuren |
| 506,0 | medicatie | % COPD patiënten met 1 stootkuur |
| 507,0 | medicatie | % COPD patiënten met ≥ 2 stootkuren |
| 508,0 | gewicht | % COPD patiënten met registratie BMI en 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden |
| 509,0 | gewicht | % COPD patiënten met registratie BMI en 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden waarbij BMI <21 OF 'ongewenst gewichtsverlies' = ja |
| 510,0 | functioneren | % COPD patiënten met MRC 0 |
| 511,0 | functioneren | % COPD patiënten met MRC 1 |
| 512,0 | functioneren | % COPD patiënten met MRC 2 |
| 513,0 | functioneren | % COPD patiënten met MRC 3 |
| 514,0 | functioneren | % COPD patiënten met MRC 4 |
| 515,0 | functioneren | % COPD patiënten met MRC 5 |
| 516,0 | functioneren | % COPD patiënten met MRC ongeldige uitslag |
| 517,0 | functioneren | % COPD patiënten met registratie mate van functioneren (CCQ of MRC) in de afgelopen 12 maanden CCQ ≥ 2 of MRC ≥ 3 |
| 517,1 | functioneren | % COPD patiënten bij wie functioneren is vastgelegd |
| 518,0 | longfunctie | % COPD patiënten met registratie longfunctie in de afgelopen 36 maanden |
| 519,0 | longfunctie | % COPD patiënten met registratie longfunctie <50% in de afgelopen 36 maanden |
| 520,0 | longfunctie | % COPD patiënten met registratie longfunctie $\geq 50\%$ in de afgelopen 36 maanden |
| 521,0 | longfunctie | % COPD patiënten met registratie longfunctie ongeldige uitslag in de afgelopen 36 maanden |
| 522,0 | longaanvallen | % COPD patiënten met registratie aantal longaanvallen in afgelopen 12 maanden |
| 523,0 | longaanvallen | % COPD patiënten met 0 longaanvallen in afgelopen 12 maanden |
| 524,0 | longaanvallen | % COPD patiënten met 1 longaanval in afgelopen 12 maanden |
| 525,0 | longaanvallen | % COPD patiënten met ≥ 2 longaanvallen in afgelopen 12 maanden |
| 526,0 | longaanvallen | % COPD patiënten met ongeldige registratie aantal longaanvallen in afgelopen 12 maanden |
| 527,0 | alcohol | % COPD patiënten met registratie alcoholgebruik <5jaar |
| 528,0 | izp | % COPD patiënten waarbij IZP ooit is geregistreerd |
| 529,0 | izp | % COPD patiënten waarbij IZP is geregistreerd |
| 530,0 | medicatie | % COPD patiënten zonder Astma |
| 531,0 | medicatie | % COPD patiënten zonder Astma met ICS |
| 532,0 | medicatie | % COPD patiënten zonder Astma met ICS en <2 longaanvallen <12 mnd |
| 533,0 | longaanvallen | % COPD patiënten met ICS en <2 longaanvallen en <2 stootkuren <12 mnd |
| 534,0 | ziektelast | % COPD patiënten met een verhoogde ziektelast |

| | | |
|-------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 535,0 | medicatie | % COPD patienten met actueel gebruik van ICS |
| 536,0 | medicatie | % COPD patienten met inhalatiemedicatie en registratie frequentie gebruik kortwerkende bronchusverwijders |
| 537,0 | medicatie | % COPD patienten met inhalatiemedicatie en ≤2x per week gebruik kortwerkende bronchusverwijders |
| 538,0 | medicatie | % COPD patienten met inhalatiemedicatie en >2x per week gebruik kortwerkende bronchusverwijders |
| 539,0 | medicatie | % COPD patienten met inhalatiemedicatie en dagelijks gebruik kortwerkende bronchusverwijders |
| 540,0 | medicatie | % COPD patienten met inhalatiemedicatie en onduidelijk gebruik kortwerkende bronchusverwijders |
| 541,0 | medicatie | % COPD patienten met inhalatiemedicatie en ongeldige uitslag gebruik kortwerkende bronchusverwijders |
| 542,0 | medicatie | % COPD patienten met LABA (R03AK) |
| 543,0 | medicatie | % COPD patienten met ICS (R03BA) |
| 548,0 | stappenteller | % COPD patienten met registratie stappenteller |
| 549,0 | stappenteller | % COPD patienten met stappenteller uitslag ≥5000 |
| 550,0 | stappenteller | % COPD patienten met stappenteller uitslag <5000 |
| 551,0 | stappenteller | % COPD patienten met ongeldige uitslag stappenteller |

Bijlage 2. Richtsnoer interview patiënt die gevraagd is om te stoppen met ICS

Versiedatum: 19-05-2022

Auteur: Lisette van den Bemt

Randvoorwaarden:

- 1) Zorg dat je vooraf de namen en kenmerken weet van de luchtwegmedicatie die de patiënt gebruikt (heeft). Veel patiënten weten niet de medicatiennaam, maar wel hoe de inhalator er uit ziet en hebben het soms over de kleur of vorm van de inhalator.
- 2) Zorg voor een goede stabiele en betrouwbare video-verbinding of spreek op locatie af
- 3) Zorg voor een rustige omgeving
- 4) Plan een half uur tot 45 minuten in.
- 5) Vraag nogmaals goedkeuring aan de geïnterviewde.
- 6) Plan tenminste 15 minuten tijd in voor na het gesprek om meteen aantekeningen te maken.

Introductie

1. Vraag of het akkoord is dat je het gesprek opneemt.
2. Stel jezelf voor
3. Vraag de geïnterviewde om hetzelfde te doen.
4. Leg het doel van het interview uit:

Start gesprek

Fijn dat u met ons wilt praten over het gebruiken van ontstekingsremmende medicijnen bij COPD. Deze medicijnen zitten in puffers. Veel COPD-patiënten hebben deze medicijnen van hun dokter gekregen, maar hebben daar mogelijk geen baat bij. U bent op advies van uw dokter gestopt met deze medicijnen en we willen graag van u weten hoe dat gegaan is.

Vragen

Inleidende vragen onderwerp

1. Welke medicijnen gebruikt u voor COPD?
2. Kunt u mij vertellen hoe die (term die patiënt gebruikt, puffers, inhalators, medicijnen) u helpen bij uw COPD?
3. Kunt u mij ook vertellen of er nadelen zijn aan deze (naam ICS³) en zo ja, welke dat zijn?

³ Gebruik de termen die de patiënt zelf ook gebruikt

Vragen ervaring stop-advies (houding)

De (huisarts / praktijkondersteuner) heeft met u besproken om te stoppen met (noem ICS in patiënt zijn eigen bewoordingen)

1. Waarom denkt u dat de POH/huisarts graag wilde dat u ging stoppen met dit medicijn?
 - Denk aan gezondheid, kostenbesparing, voldoen aan wat de zorgverzekeraar wil.
2. Wat vond u er van dat voorgesteld werd om te stoppen met (naam)?
 - a) Wat voor gevoelens riep dat bij u op?
 - (denk aan angst, opluchting, boosheid, blijdschap, irritatie, berusting)
3. Zag u zelf voordelen/nadelen in het stoppen met (naam), zo ja welke?
4. Heeft de zorgverlener u voldoende vertelt om een beslissing te kunnen nemen over het stoppen?
5. Voelde u zich gehoord in de keuze die gemaakt is om al dan niet te stoppen?
6. Hoe heeft u het gesprek met de HA/POHer ervaren?

Vragen over keuze stoppen of niet

1. Bent u gestopt met (naam)

Zo nee

2. Wat waren uw belangrijkste redenen om niet te stoppen met ICS?
3. U heeft besloten om niet te stoppen met (naam). Wat vindt u er van dat uw huisarts/POH-er dit aan u voorgesteld heeft?
4. Wat zou helpen om wel te stoppen?

Zo Ja

5. Wat heeft u overtuigd om te stoppen met (naam)?
6. Hoe overtuigd was u er van dat u succesvol kon stoppen met (naam)?

Vragen ervaring stoppen met ICS (alleen bij Ja, ervaring)

1. Hoe is het gegaan met het stoppen met (naam)?
 - Bent u nog steeds gestopt?
2. Welke begeleiding heeft u daarbij gehad?
 - (denk aan apotheek, praktijkondersteuner, huisarts, longarts eventueel)
3. Wat vond u fijn aan de begeleiding die u bij het stoppen gehad heeft?
4. Was er iets wat de zorgverlener had kunnen doen om het stoppen voor u makkelijker te maken?
5. Heeft u nadelen ondervonden van het stoppen?
 - Welke nadelen waren dat, hoe erg vond u dat
6. Heeft u voordelen ondervonden van het stoppen?
 - Welke voordelen waren dat, hoe fijn vond u dat...
7. Zou u het stoppen met (naam) ook aan andere patiënten aanraden?
8. Al met al terugkijkend, bent u tevreden met het stoppen met (naam)?

Indien u nadien alsnog iets bedenkt wat u graag zou willen toevoegen aan het gesprek, laat dat dan gerust aan mij weten.

Bijlage 3. Richtsnoer interview praktijkmedewerker die deelgenomen heeft aan DECIDE

Versiedatum: 12-07-2022

Auteur: Lisette van den Bemt

Randvoorwaarden:

- 1) Zorg voor een goede stabiele en betrouwbare video-verbinding of spreek op locatie af
- 2) Zorg voor een rustige omgeving
- 3) Plan een half uur tot 45 minuten in.
- 4) Vraag nogmaals goedkeuring aan de geïnterviewde.
- 5) Plan tenminste 15 minuten tijd in voor na het gesprek om meteen aantekeningen te maken.

Introductie

1. Vraag of het akkoord is dat je het gesprek opneemt.
2. Stel jezelf voor
3. Vraag de geïnterviewde om hetzelfde te doen.
4. Leg het doel van het interview uit:

Start gesprek

Fijn dat u met ons wilt praten over het verminderen van ongepast ICS-gebruik bij COPD in uw praktijk. We willen graag van u weten hoe het project gegaan is, wat u geholpen heeft om ongepast ICS-gebruik terug te dringen en wat volgens u beter kan.

Vragen

Inleidende vragen onderwerp

1. Hoe is de zorg voor patiënten met COPD in de praktijk ingericht
 - a. Denk aan: Zorgprogramma? Periodieke controles in eigen praktijk of uitbesteedt
2. Wat is uw taak hierbij?
3. Hoe groot is volgens u het probleem van overbehandeling met ICS bij COPD?
 - a. Bij algemeen antwoord: Is dit ook een probleem bij u in de praktijk
4. Werkt u ook bij een andere praktijk als POH-S?
 - a. Zo ja, wordt ook in deze praktijk deelgenomen aan het project om ICS te verminderen?
 - i. Zo nee, wat is de beweegreden om in deze praktijk niet deel te nemen aan de evaluatie?
 - ii. Hoe is de zorg in deze praktijk voor COPD-patienten geregeld?

Vragen ICS-gebruik verminderen

5. Op welke manier heeft u geprobeerd om het ICS-gebruik bij COPD in uw praktijk te verminderen
 - Heeft u daarbij ook gekeken naar manieren om overbehandeling te voorkomen door ICS minder snel voor te schrijven?
 - Heeft u daarbij ook geprobeerd bestaande overbehandeling aan te pakken?
 - Heeft u daarbij ook geprobeerd om ongepaste herstart van ICS-gebruik te verminderen?
 - Heeft u daarbij materialen uit de toolbox gebruikt,
 - a) Zo ja, welke?
 - b) Hebben deze materialen u geholpen?

Vragen ICS-gebruik stoppen

6. Kunt u vertellen hoe u bepaald heeft of er sprake was van ongepast ICS-gebruik?
 - Wat heeft hierbij geholpen?
 - Welke problemen heeft u hierbij ondervonden?
 - Wat had kunnen helpen om het ongepast ICS-gebruik beter in kaart te brengen?

Vragen over contact met patiënt over overbehandeling ICS

7. Hoe heeft u de patiënten benaderd die mogelijk ten onrechte ICS gebruikten?
 - In hoeverre waren patiënten bereid om naar de praktijk te komen om dit te bespreken?
8. Hoe gingen de gesprekken met patiënten waarbij u de overbehandeling met ICS ter sprake bracht?
 - Wat werd er besproken in de gesprekken, hoe reageerden patiënten,
9. heeft u bij sommige mensen zelf geconcludeerd dat stoppen met ICS niet gewenst was? En wat was daar de reden van?
10. Waren patiënten bereid om te stoppen?

Voor de patiënten die wilden stoppen:

1. Wat denkt u dat hen overtuigd heeft om te willen stoppen?
2. Indien er nog bedenkingen waren, welke waren dat dan? En hoe heb je deze weggenomen?
3. Welke randvoorwaarden waren nodig om de patient te overtuigen om te stoppen?
 - a. Denk aan: vervolcontact, meegeven informatie, longaanvalactieplan, andere medicatie
4. Hoe denkt u dat de patienten deze gesprekken hebben ervaren?

Voor de patiënten die niet wilden stoppen met ICS:

11. Wat was / waren de belangrijkste reden(en) voor patienten om niet te stoppen met ICS?
12. Achteraf bezien, is er iets wat u had willen zeggen of willen doen waarvan u denkt dat het de patient had kunnen overtuigen om toch te stoppen met ICS?
13. Ontbrak er iets wat je had willen gebruiken om de patient te overtuigen om te stoppen met ICS?
14. Hoe denkt u dat de patienten dit gesprek met u heeft ervaren?

Vragen ervaring stoppen met ICS

9. Bent u tevreden met de manier waarop het stoppen met ICS bij de patiënten verliep?
10. Heeft de ondersteuning van de praktijkconsulent u geholpen bij het project?
 - Zo ja, wat heeft u het meest geholpen? wat waren zinvolle adviezen / informatie, welke adviezen waren minder zinvol? Heeft u iets gemist in de begeleiding?
 - Zo nee, waarom niet? Wat had u wel kunnen helpen?
11. Welke begeleiding heeft u geboden bij het stoppen?
 - Heeft u daarbij de toolbox gebruikt?
 - Wat werkte daar volgens u goed in
 - Wat had beter gekund?
 - Miste u iets?
12. Zijn de patiënten nog steeds gestopt?
 - Zo nee (bij tenminste een patiënt): waarom is er op nieuw gestart met ICS?
 - a) Denkt u dat u de herstart had kunnen voorkomen? Bijvoorbeeld door andere / meer begeleiding te bieden?
13. De patiënten die nog steeds gestopt zijn, heeft u daar nog contact mee gehad?
 - Hoe ervaren zij het stoppen met ICS?
 - Gaven zij voordelen aan van het stoppen met ICS
 - Gaven zij nadelen aan voor het stoppen met ICS
 - Hebben ze aangegeven wat er toe bijgedragen heeft dat het stoppen nu gelukt is? Wat is dat dan?
 - Hoe denkt u hen te kunnen helpen met het gestopt blijven.
14. Als u nu opnieuw de overbehandeling van ICS bij COPD zou willen aanpakken, zou u dat dan hetzelfde doen of zou u het toch anders aanpakken? En wat zou u dan anders doen? Welk onderdeel was het meest doorslaggevend in het succes?
15. Welke boodschap/ tip zou u aan collega's willen meegeven om het ongepast ICS-gebruik in de praktijk terug te dringen?

Indien u nadien alsnog iets bedenkt wat u graag zou willen toevoegen aan het gesprek, laat dat dan gerust aan mij weten.