

Effectief spiegelen in de praktijk, wat werkt?

Julia van Groningen, Dorien van der Winden, Pauline Slottje, Nynke van Dijk, Jettie Bont

Al jaren is er aandacht voor het gebruik van spiegelinformatie in de huisartsgeneeskunde. Dit zou de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren, mits huisartsen er effectief gebruik van maken. Op welke manier kun je als huisarts spiegelinformatie effectief gebruiken?

Voor goede kwaliteit van zorg is het van belang om het eigen handelen systematisch onder de loep te nemen en daarvan te leren. Spiegelinformatie kan een ondersteunende en stimulerende rol spelen tijdens dat leerproces, zo stelt het visiedocument van NHG, LHV en InEen.¹ Onder spiegelinformatie (*audit and feedback* in de internationale literatuur) verstaan we elke vorm van informatie over door de huisarts geleverde zorg, die wordt vergeleken met die van collega's, gestelde standaarden of doelen.² Een structurele inzet van die informatie en bespreking daarvan met collega's leveren input voor verbetertrajecten en dragen bij aan gedragsverandering, waardoor de zorg verbetert.² De manier waarop spiegelinformatie wordt gebruikt, bepaalt het effect.²⁻⁴ In deze beschouwing geven we aanbevelingen om het gebruik van spiegelinformatie te optimaliseren. Pas de laatste jaren verschijnt er meer onderzoek naar de manier waarop spiegelinformatie tot gedragsverandering leidt.^{2,5} Voor de onderbouwing van onze aanbevelingen gebruiken we een systematisch literatuuronderzoek uit 2012, aangevuld met recentere literatuur die we vonden via PubMed [kader].^{4,6-9}

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het effect van spiegelinformatie sterk wisselt. Dat komt deels doordat de onderzoeken

in verschillende omgevingen zijn gedaan (huisartsgeneeskunde, ziekenhuis), deze zich op verschillende (combinaties van) werkwijzen en uitkomsten richtten (bijvoorbeeld naleving van diabetesrichtlijnen en het aantal radiologieaanvragen voor kniepijn), doordat er op uiteenlopende manieren en met verschillende frequenties werd teruggekoppeld, en er wel of geen duidelijk actieplan was.² Een directe vergelijking van de onderzoeken is dus niet mogelijk, maar dankzij deze variatie krijgen we wel inzicht in de omstandigheden die bijdragen aan het vergroten van het effect van spiegelinformatie.² Huisartsenpraktijken kunnen spiegelinformatie uit verschillende bronnen halen [tabel 1]. Elk van deze bronnen koppelt spiegelinformatie op een specifieke manier terug, waarna huisartsenpraktijken of wijkgroepen deze informatie kunnen gebruiken. Helaas zorgt deze variatie aan initiatieven soms voor een overvloed aan informatie, wat niet altijd effectief is. Dat kan leiden tot onnodige kosten en/of tijdsverspilling voor patiënten, huisartsen en de gezondheidszorg.⁷ Met praktijkvoorbeelden laten we zien hoe u spiegelinformatie effectief kunt gebruiken.

GEGEVENS

Kies betrouwbare en geloofwaardige spiegelinformatie

Spiegelinformatie is alleen effectief wanneer u de informatie als betrouwbaar beschouwt. Twijfelt u aan de getoonde informatie of de bron daarvan, dan zal uw gedrag niet snel veranderen.^{2,3,6} Wanneer voorschrijfsgegevens bijvoorbeeld afkomstig zijn van een apotheek, zijn deze mogelijk 'vervuild' met voorschriften van andere dokters (bijvoorbeeld specialisten).

Eén van de bronnen voor spiegelinformatie is het eigen HIS, waarbij u zelf of met behulp van externe organisaties informatie extraheert. Andere bronnen zijn enquêtes onder patiënten of samenwerkingspartners, of gegevens afkomstig van derden, zoals apothekers, ziekenhuizen of zorgverzekeraars.¹⁰⁻¹⁵ Om hergebruik van gegevens voor leerdoeleinden mogelijk te maken, moet de registratie in het HIS zorgvuldig en eenduidig gebeuren. Wanneer huisartsen de verschillen kunnen verklaren met verschillen in de manier waarop is geregistreerd, blijken ze weinig geneigd om hun gedrag te veranderen.¹⁶

PUBMED-LITERATUURONDERZOEK

["audit"[All Fields] OR "auditability"[All Fields] OR "auditable"[All Fields] OR "audited"[All Fields] OR "auditing"[All Fields] OR "audits"[All Fields]] AND ["feedback"[MeSH Terms] OR "feedback"[All Fields] OR "feedbacks"[All Fields] OR "feedback s"[All Fields]] and ["Primary Health Care"[mh] OR "primary care"[all fields] OR "Physicians, Family"[mh] OR General pract*[all fields] OR "family"[ad] OR Family pract*[all fields] OR Family physician*[tw]]
2012 tot heden

Kies spiegelinformatie die dicht bij de zorg ligt

Gegevens zijn het meest waardevol als ze het zorgproces en gedrag van uzelf betreffen. Het is bijvoorbeeld effectief om spiegelinformatie individueel of in kleine groepen terug te koppelen, zodat u de gedragsverandering bij uzelf en minder bij anderen zoekt.^{3,6} Een ander voorbeeld van gegevens die dicht bij het zorgproces liggen en uzelf betreffen is de diabeteszorg: voor verbetering daarvan kunt u kijken naar het percentage amputaties door diabetische infectie. Dit percentage kunt u als maat zien voor een incorrecte instelling van diabetespatiënten of als een indicatie dat eerder verwijzen nodig is. Ook het sterftecijfer vormt een indicator, maar het is niet duidelijk wat de relatie met diabeteszorg precies is, omdat het sterftecijfer door

veel factoren wordt beïnvloed die buiten uw invloed vallen. Bedenk verder dat de complexe werkelijkheid van de zorg nooit volledig in data is weer te geven – de teruggekoppelde informatie is immers altijd een versimpeling van de werkelijkheid. Het is dus van belang dat gegevens alleen worden (her-) gebruikt door mensen die de context begrijpen en rekening houden met de beperkingen.¹⁶

Kies actuele spiegelinformatie

De informatie mag niet verouderd zijn. Wanneer informatie bijvoorbeeld een aantal jaren oud is, blijken huisartsen nauwelijks geneigd veranderingen door te voeren, vooral als er in de tussentijd al veel is veranderd.⁸

Tabel 1

Voorbeelden van organisaties die spiegelinformatie leveren [een uitgebreid bronnenoverzicht van het NHG, InEen en de LHV staat op www.nhg.org/kwaliteit/spiegelinformatie-bronnen].

Organisatie	Bron	Soort spiegelinformatie	Vergelijken met/benchmark
Praktijk/ Gezondheidscentrum/ Samenwerkingsverband	Extractie uit HIS/KIS [eigen analyses] Enquêtes onder patiënten [eigen analyses] Samenwerkende apothekers/SFK of ziekenhuizen	Medisch-inhoudelijke informatie Praktijkorganisatie Patiëntervaringen Medicatiegebruik [FTO/DTO]	Praktijk Gezondheidscentrum Samenwerkingsverband
Nederlandse Praktijk accreditatie [NPA] ¹⁰	Extractie uit HIS/KIS Enquêtes onder patiënten	Medisch-inhoudelijke informatie (in thema's) Praktijkorganisatie Patiëntervaringen	Praktijk Regionaal Landelijk
Zorggroep	Extractie uit HIS/KIS Enquêtes onder patiënten Samenwerkende apothekers/SFK of ziekenhuizen	Medisch-inhoudelijke informatie (voornamelijk ketenzorg) Praktijkorganisatie Patiëntervaringen Medicatiegebruik [FTO/DTO]	Zorggroep
Benchmark ketenzorg InEen ¹¹	Extractie uit HIS/KIS Enquêtes onder patiënten	Medisch-inhoudelijke informatie (ketenzorg en huisartsenpost) Patiëntervaringen	Praktijk/gezondheidscentrum/ Samenwerkingsverband Regionaal Landelijk
Academisch netwerk huisartsgeneeskunde ¹²	Extractie uit HIS/KIS	Medisch-inhoudelijke informatie [geanalyseerde spiegelinformatie] Medicatiegebruik	Huisartsen in het netwerk [gewend aan het bespreken van spiegelinfor- matie met elkaar]
Vektis Praktijkspiegel ¹³	Zorgdeclaraties zoals ingediend bij alle zorgverzekeraars en het AGB-register van Vektis	Zorgdeclaraties patiënten (medicatie, bezoek- frequentie, fysiotherapeuten, ggz, diagnostiek eerste lijn) Praktijkorganisatie	Regionaal Landelijk
Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn ¹⁴	Extractie uit HIS	Medisch-inhoudelijke informatie Praktijkorganisatie Medicatiegebruik Populatiegegevens	Landelijk
VIP Calculus ¹⁵	Extractie uit HIS naar dashboard	Zorgdeclaraties patiënten Medisch-inhoudelijke informatie Praktijkorganisatie	Landelijk met alle aangesloten huisartsen
Huisartsopleiding Nederland en VIP Calculus: aios-dashboard	Extractie uit HIS naar dashboard	Zorgdeclaraties patiënten Medisch-inhoudelijke informatie Praktijkorganisatie	Opleider en landelijke referentiegroep aios

HIS = huisartsinformatiesysteem, KIS = keteninformatiesysteem, SFK = Stichting Farmaceutische Kengetallen, AGB-register = Algemeen Gegevens Beheer-code [ter herkenning van de zorgaanbieder], FTO = farmacotherapeutisch overleg, DTO = diagnostisch toetsoverleg, aios = arts in opleiding tot specialist [huisartsgeneeskunde].



Voor goede kwaliteit van zorg is het belangrijk om het eigen handelen systematisch onder de loep te nemen.

Foto: Shutterstock

INDICATOREN

Kies een indicator om te verbeteren waarbij u (veel) afwijkt van de norm

De kans dat huisartsen daadwerkelijk anders gaan handelen is het grootst wanneer hun prestaties op een indicator bij de eerste meting laag zijn of wanneer ze sterk van de norm afwijken. Wanneer bijvoorbeeld een groot deel van de patiënten (nog) niet volgens een richtlijn wordt behandeld, is er grote winst te behalen bij een volgende meting.² Het is echter maar de vraag of dit in onderzoeken gemeten effect niet (deels) te verklaren is door regressie naar het gemiddelde: wanneer een uitkomst uitschiet is het statistisch waarschijnlijker dat deze bij een volgende meting meer richting het gemiddelde is verschoven.¹⁷

DE KERN

- Kies actuele, betrouwbare en geloofwaardige gegevens, die dicht bij het zorgproces liggen.
- Kies een indicator die representatief is voor de kwaliteit van zorg en waarbij u veel afwijkt van de norm.
- Koppel niet te veel informatie per keer terug.
- Combineer verschillende vormen van terugkoppeling met een intercollegiale discussie.

Kies spiegelinformatie over de kwaliteit van zorg

Om gedragsverandering te bewerkstelligen moeten huisartsen er ook op vertrouwen dat de indicatoren daadwerkelijk iets over de kwaliteit van de zorg zeggen.⁶ In sommige situaties is het duidelijk wat de beste zorg en daarmee het doel van een indicator is, maar dat is lang niet altijd het geval. Het voorschrijven van morfine is bijvoorbeeld een interessante indicator voor spiegelinformatie met het oog op het verminderen van onnodig voorschrijven. De beslissing om geen morfine voor te schrijven leidt echter niet altijd tot de best mogelijke zorg. Voor een patiënt met veel (verklaarbare) pijn kan morfine de kwaliteit van de zorg meer verbeteren dan niet voorschrijven. Toch kan een indicator als deze ervoor zorgen dat de huisarts zich ervan bewust wordt dat hij of zij bepaalde keuzen moet maken. Bij deze indicator is dus meer informatie nodig, bijvoorbeeld over de indicatie waarvoor de morfine is voorgeschreven. Spiegelinformatie kan ook inzicht geven in patiëntengroepen die mogelijk tekort worden gedaan. Dan moet vooraf wel duidelijk zijn wat het doel van de spiegelinformatie is, zodat de verwachtingen, toon van de feedback en actieplannen daarop kunnen aansluiten.

TERUGKOPPELING

Kies de juiste hoeveelheid informatie

Voor het veranderen van gedrag is het belangrijk om niet te veel informatie per keer te verwerken. Er is een grens aan de

Tabel 2

Kenmerken van spiegelinformatie en het gebruik ervan in de kwaliteitscirkel

Effectief spiegelen (leidt tot gedragsverandering)	Niet/minder effectief spiegelen (leidt niet/minder tot gedragsverandering)
Gegevens - De gegevens zijn betrouwbaar en geloofwaardig. - Voorschrijfgegevens uit het eigen HIS. - Bijvoorbeeld het percentage cholesterolverlagers conform de eerste keus in de richtlijn: de cijfers zijn voor de huisarts herkenbaar. - De indicator ligt dicht bij het zorgproces en handelen. - Uitkomsten met concrete aanknopingspunten voor verbetering die door ontvanger te beïnvloeden zijn. - Bijvoorbeeld als indicator voor verbetering van de diabeteszorg: het percentage amputaties door diabetische infectie. Kan worden gezien als maat voor inadequate instelling van diabetespatiënten of tijdigheid van verwijzen bij wonden. - Actueel. - Recente gegevens, bijvoorbeeld van het voorgaande jaar.	- De gegevens zijn minder betrouwbaar of minder geloofwaardig. - Voorschrijfgegevens afkomstig van de apotheek of SFK, deze zijn mogelijk 'vervuld' met voorschriften van andere dokters (bijvoorbeeld een specialist). - Bijvoorbeeld het percentage cholesterolverlagers conform de eerste keus in de richtlijn: de cijfers zijn voor de huisarts niet herkenbaar omdat andere voorschrijvers zijn meegenomen en gegevens van patiënten met een andere apotheek ontbreken. - De indicator ligt ver van het zorgproces en handelen af. - Uitkomsten waarvan het onduidelijk is waar met verbeteren moet worden begonnen en/of die niet of beperkt door de ontvanger te beïnvloeden zijn. - Bijvoorbeeld als indicator voor verbetering van de diabeteszorg: het sterftecijfer. Daarvan is de relatie met diabeteszorg onduidelijk omdat het door veel factoren buiten het handelen van de huisarts wordt beïnvloed. - Verouderd. - Verouderde gegevens, bijvoorbeeld van 3 jaar terug (er is in de tussentijd mogelijk al veel veranderd).
Keuze voor de indicator - Een indicator die veel afwijkt van de norm en/of waarop er veel intercollegiale variatie bestaat. - Wanneer een groot deel van de patiënten (nog) niet volgens de richtlijn wordt behandeld is er veel ruimte voor verbetering. - De indicator is representatief voor de kwaliteit van zorg. - De huisartsen vinden de gemeten indicator een maat voor goede kwaliteit van zorg. - Bijvoorbeeld het percentage patiënten met diabetes bij wie jaarlijks het HbA1c wordt bepaald.	- Een indicator die weinig afwijkt van de norm. - Wanneer een klein deel van de patiënten nog niet volgens de richtlijn wordt behandeld. - Bijvoorbeeld metformine als eerste keus bij diabetes mellitus type 2. Het effect van spiegelen zal klein zijn als de basisprestatie al vrij hoog is en er weinig variatie is. - De indicator is minder representatief voor de kwaliteit van zorg. - De huisartsen vinden de gemeten indicator geen goede maat voor de kwaliteit van zorg. - Bijvoorbeeld het percentage patiënten met een HbA1c onder de streefwaarde. Deze waarde is niet alleen afhankelijk van de inzet van de huisarts, maar ook van andere, minder beïnvloedbare factoren.
De manier waarop de huisartsen de terugkoppeling ontvangen - Overzichtelijke informatie. - De figuren worden op een overzichtelijke manier gepresenteerd, bijvoorbeeld in enkele figuren die zich concentreren op het te verbeteren doel, waarbij duidelijk is hoe de huisarts zich tot de referentiegroep verhoudt. - Combinatie van verschillende vormen van terugkoppeling. - Presentatie van een combinatie van indicatoren op papier of in een dashboard, met eventueel mondelinge toelichting en gevolgd door een discussie in een (veilige) groep collega's - Cultuur van gepast vertrouwen. - Terugkoppeling binnen een veilige groep, waarvan de leden continu samen op zoek gaan naar verbetering. Het liefst vindt er vervolgens een discussie plaats in een groep waarin de sfeer veilig is en er aandacht is voor verbeteringsmogelijkheden. - Herhaalde terugkoppeling. - Inbedden van spiegeldiscussies in de kwaliteitscyclus, waarbij herhaaldelijk wordt teruggekomen op de stand van zaken rond een bepaald onderwerp. Zo is het effect van eventuele gedragsverandering te controleren en bij te sturen.	- Te veel informatie. - De indicatoren worden in ongestructureerde tabellen getoond, waardoor de huisarts lang moet kijken om te zien hoe hij het zelf heeft gedaan. - Alleen schriftelijk of mondelinge terugkoppeling. - De huisarts ontvangt de resultaten alleen op schrift, zonder dat daar verder met elkaar over van gedachten wordt gewisseld. - Controlerende functie. - Terugkoppeling door de onderzoeker, verzekeraar of zorgautoriteit, waardoor men het gevoel heeft gecontroleerd of mogelijk zelfs afgerekend te worden. - Eenmalige terugkoppeling. - Eenmalig bespreken in een groepsdiscussie en er niet meer op terugkomen leiden tot veel minder of zelfs geen blijvende gedragsverandering.
Vervolg - Specifiek actieplan/doel. - SMART-geformuleerd plan (specific, measurable, achievable realistic/relevant and timed).²³ - Intentie te verbeteren. - De huisarts heeft de intentie om te verbeteren en ziet spiegelen niet puur als een verplichting ('papieren tijger'). - In de voorbereiding en groepsdiscussie is er aandacht voor door de huisarts te vragen of hij de intentie heeft om te veranderen wanneer zijn cijfers minder goed zijn dan die van de referentiegroep.	- Geen actieplan/doel. - Goede voornemens of probleemanalyse zonder duidelijk en haalbaar plan van aanpak. - Geen noodzaak te verbeteren. - De huisarts ervaart het spiegelen als een verplichting en voelt zich niet geroepen zijn gedrag aan te passen.

hoeveelheid feedback die een zorgverlener per keer aankan. Wat de ideale hoeveelheid informatie precies is, hangt af van het onderwerp, de persoon, de groep, de hoeveelheid veranderacties, enzovoort.^{6,8} Het is bijvoorbeeld beter om enkele figuren te laten zien die het te verbeteren doel duidelijk presenteren dan overvolle tabellen te tonen. Geef ook niet meteen

alle mogelijke informatie, maar alleen specifieke achtergrondinformatie als daaraan behoefte is.⁸

Combineer vormen van terugkoppeling met een bespreking
Spiegelinformatie kan op verschillende manieren worden teruggekoppeld. Vektis stelt op aanvraag een online verslag

van indicatoren beschikbaar. Toetsgroepen (FTO/DTO) combineren schriftelijke terugkoppeling met een bespreking van deze gegevens. Zo'n combinatie is effectiever dan alleen schriftelijke of mondelinge informatie.² Uit onderzoek blijkt dat ook de discussie die na de terugkoppeling op gang komt van belang is.^{3,18} Een combinatie van indicatoren op papier of in een dashboard met eventueel een mondelinge toelichting kan bijvoorbeeld worden gevolgd door een discussie in een (veilige) groep collega's. Kwalitatieve onderzoeken laten zien dat het terugkoppelen van spiegelinformatie in een groep, of 'feedback door sociale interactie', nog effectiever is.³ Ook de kenmerken van de groep waarmee de prestaties worden vergeleken heeft invloed op de neiging tot gedragsverandering. Die moeten overeenkomsten hebben met die van de eigen groep, zodat vergelijking mogelijk is. Maar er moet ook voldoende stimulans tot verbetering blijven, want vergelijking met het gemiddelde van de eigen regio stimuleert niet altijd voldoende tot verbetering. Dan is het bijvoorbeeld beter om landelijke cijfers te gebruiken, de beste 10%, of met eerder eigen handelen te vergelijken (trend).⁹

Zorg voor een cultuur van gepast vertrouwen

Het is belangrijk dat een supervisor of iemand binnen het eigen team de spiegelinformatie terugkoppelt, en niet een externe partij. Het voelt vaak veiliger om resultaten binnen het eigen team te bespreken dan met iemand van buitenaf.² Wat betreft kwaliteitsindicatoren hadden in het verleden vooral de zorgverzekeraars een controlerende functie. Dit leidde niet altijd tot een duidelijke verbetering van de kwaliteit van de zorg en zou bovendien risicomijdend gedrag in de hand kunnen werken. Nationaal en internationaal onderzoek laat zien dat er wat dat betreft een cultuurverandering nodig is, waarbij een verschuiving plaatsvindt van controleren naar gepast vertrouwen.^{1,19,20} Om gedragsverandering te bewerkstelligen zou de focus van het gebruik van spiegelinformatie meer moeten liggen op het nemen van de eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, in een continu leerproces (door huisartsen zelf), en minder op het afleggen van verantwoording (aan verzekeraars of de inspectie).^{1,19,20}

Herhaal de terugkoppeling van spiegelinformatie

Door terugkoppeling van spiegelinformatie te herhalen bekijft gedragsverandering beter dan wanneer terugkoppeling maar 1 keer gebeurt.^{2,6} Een 'Plan-Do-Check-Act'-cyclus is alleen effectief wanneer wordt nagegaan of de toegepaste actie inderdaad effect heeft (check), want anders zal de actie opnieuw moeten worden aangepast (act). De frequentie waarmee feedback wordt gegeven hangt samen met het onderwerp en het te veranderen gedrag. Het is verstandig om de onderwerpen in te bedden in een kwaliteitscyclus, waarbij herhaaldelijk kort wordt teruggekomen op de stand van zaken rond een bepaald onderwerp, met een nulmeting en nameting (nieuwe spiegelinformatie). Zo kunt u het beoogde effect van gedragsverandering evalueren en zo nodig bijsturen.²¹

VERVOLG

Kom in actie naar aanleiding van spiegelinformatie

Spiegelinformatie moet niet alleen regelmatig worden besproken, maar er dient ook een duidelijk actieplan te worden geformuleerd. De informatie moet dus uit indicatoren bestaan die realistische en concrete uitkomsten mogelijk maken en die specificeren wat er in de praktijk moet worden veranderd.⁶ Een tijdgebonden actieplan omvat acties en uitkomsten die specifiek en haalbaar zijn, en door de huisarts zelf te beïnvloeden zijn. Specifieke corrigerende acties, zoals het achterhalen van bepaalde patiënten of het gebruik van geheugensteuntjes, dragen bij aan gedragsverandering.²² Goede voornemens of probleemanalyses zonder duidelijk, tijdgebonden en haalbaar plan van aanpak volstaan dus niet. Er is een SMART-geformuleerd plan nodig (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden).²³

Zorg voor intentie tot verbetering

Willen huisartsen worden aangezet tot gedragsverandering, dan moeten ze gemotiveerd raken en betrokken worden bij het zoeken naar onderwerpen voor verbetering. Uit gedragswetenschappelijk onderzoek blijkt dat de *intentie* om te veranderen een van de belangrijkste voorspellers is van daadwerkelijke gedragsverandering. Mensen zijn sneller geneigd om gedrag te verbeteren als het doel ook een eigen langetermijndoel dient.^{2,6,24,25} Het helpt niet wanneer een huisarts het spiegelen als een verplichting (een 'papieren tijger') ervaart en zich niet geroepen voelt zijn gedrag aan te passen.

In [tabel 2] staan de kenmerken van spiegelinformatie en het gebruik ervan in de kwaliteitscirkel overzichtelijk weergegeven.

CONCLUSIE

De vraag hoe spiegelinformatie effectief kan worden gebruikt vraagt om een complex antwoord, waarvoor we in de literatuur weinig bewijs, maar wel onderbouwde aanbevelingen vinden. Verder onderzoek is nodig om deze vraag te beantwoorden. Dit artikel geeft een richtlijn voor het gebruik van spiegelinformatie in de praktijk, op basis van actuele kennis. Spiegelinformatie is effectief wanneer u voor een onderwerp kiest waar betrouwbare gegevens over te vinden zijn. U boekt het snelst resultaat met een onderwerp waarbij uw eigen handelen flink verschilt van dat van andere huisartsen (of bijvoorbeeld de richtlijn). Verder blijkt het effectief om schriftelijke spiegelinformatie ook mondeling toe te lichten – liever nog wordt de spiegelinformatie besproken in een groep met een veilige cultuur. Tijdens zo'n bijeenkomst moet er ruimte zijn voor intercollegiale reflectie en het formuleren en opvolgen van verbeteracties. Onderwerpen moeten na de start van een actieplan (regelmatig) opnieuw aan bod komen. ■

LITERATUUR

1. InEen, LHV, NHG. Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 2020.
2. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2012;6:CD000259.

3. Van Braak M, Visser M, Holtrop M, et al. What motivates general practitioners to change practice behaviour? A qualitative study of audit and feedback group sessions in Dutch general practice. *BMJ Open* 2019;9:e025286.
4. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, et al. No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci* 2014;9:14.
5. Grimshaw JM, Ivers N, Linklater S, et al. Reinvigorating stagnant science: implementation laboratories and a meta-laboratory to efficiently advance the science of audit and feedback. *BMJ Qual Saf* 2019;28:416-23.
6. Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, et al. Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Ann Intern Med* 2016;164:435-41.
7. Colquhoun HL, Carroll K, Eva KW, et al. Advancing the literature on designing audit and feedback interventions: identifying theory-informed hypotheses. *Implement Sci* 2017;12:117.
8. Brown B, Gude WT, Blakeman T, et al. Clinical Performance Feedback Intervention Theory (CP-FIT): a new theory for designing, implementing, and evaluating feedback in health care based on a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Implement Sci* 2019;14:40.
9. Gude WT, Brown B, Van der Veer SN, et al. Clinical performance comparators in audit and feedback: a review of theory and evidence. *Implement Sci* 2019;14:39.
10. NPA. Wij werken dagelijks aan goede zorg. Utrecht: NPA, 2020.
11. InEen. Benchmark ketenzorg. Utrecht: InEen, 2020.
12. Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde. Database ANH. Amsterdam: Amsterdam UMC Locatie VUmc, 2020.
13. Vektis. Hoe komt de Praktijkspiegel tot stand? Zeist: Vektis, 2020.
14. Nivel. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Utrecht: Nivel, 2020.
15. VIPlive. Huisartsen. Onze oplossingen. Deventer: Topicus, 2020.
16. Sollie A, Numans M, Helsper C. Zijn de gegevens uit uw HIS een goudmijn? *Huisarts Wet* 2018;2:14-7.
17. Stigler SM. Regression towards the mean, historically considered. *Statist Method Med Res* 1997;6:103-14.
18. Cooke LJ, Duncan D, Rivera L, et al. How do physicians behave when they participate in audit and feedback activities in a group with their peers? *Implement Sci* 2018;13:104.
19. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Blijk van vertrouwen – anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2019.
20. Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. *JAMA* 2016;315:1329-30.
21. NHG. Opzetten van een kwaliteitssysteem in een huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2020.
22. Mitchell E, Sullivan F, Grimshaw JM, et al. Improving management of hypertension in general practice: a randomised controlled trial of feedback derived from electronic patient data. *Br J Gen Pract* 2005;55:94-101.
23. Bovend'Eerd TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil* 2009;23:352-61.
24. Wagner DJ, Durbin J, Barnsley J, et al. Beyond quality improvement: exploring why primary care teams engage in a voluntary audit and feedback program. *BMC Health Serv Res* 2017;17:803.
25. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, et al. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci* 2008;3:36.

Van Groningen JT, van der Winden D, Slottje P, Van Dijk N, Bont J. Effectief spiegelen in de praktijk, wat werkt? *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1018-7.

Amsterdam Universitair Medisch Centrum, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. J.T. van Groningen, postdoctoraal onderzoeker in opleiding tot huisarts, j.t.vangroningen@amsterdam-umc.nl; D. van der Winden, arts in opleiding tot huisarts onderzoeker; prof. dr. N. van Dijk, hoogleraar onderzoek; prof. dr. J. Bont, afdelingshoofd. Amsterdam UMC, Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde VUmc: dr. P. Slottje, senior onderzoeker, tevens werkzaam bij Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.