

Spiegelen in groepen motiveert tot gedragsverandering

Marije van Braak, Mechteld Visser, Dorien van der Winden, Marije Holtrop, Ilona Statius Muller, Jettie Bont, et al.

Willen huisartsen goede zorg leveren, dan is reflectie op hun eigen handelen in de praktijk essentieel. Externe feedback zet helaas niet altijd aan tot reflectie en duurzame zorgverbetering. In een groep samen reflecteren op spiegelinformatie kan wel motiveren tot gedragsverandering en uiteindelijk tot het optimaliseren van de zorg. Hoe gezamenlijke reflectie van vandaag kan leiden tot een concrete aanpassing van het handelen van morgen.

INLEIDING

In het streven naar optimale zorg krijgt de huisarts van uiteenlopende instanties, zoals zorgverzekeringsmaatschappijen en accreditatiecommissies, informatie over afwijkende patronen in de zorgverlening en mogelijkheden voor verbetering. Niet altijd met het gewenste effect, zo blijkt.¹ Wil zulke feedback daadwerkelijk effectief zijn, dan moet deze aan bepaalde kenmerken voldoen.² De feedback moet bijvoorbeeld aansluiten bij zelf vastgestelde doelen, leesbaar en eenduidig zijn, en de huisarts niet in de verdediging drukken. Wanneer niet aan deze voorwaarden is voldaan, kan de huisarts opvallende uitschieters (positief dan wel negatief) verklaren door te verwijzen naar het gedrag van instanties of personen, of naar factoren *buiten zichzelf*. Hierdoor wordt gedragsverandering bij de huisarts onwaarschijnlijk.³

Recente literatuur laat zien dat groepsdiscussies kunnen aanzetten tot gedragsverandering.⁴ In dat kader heeft de Nederlandse beweging Optimale Zorg-Dappere Dokters het verzoek gedaan een kwalitatief onderzoek te doen naar de kracht van intercollegiale toetsing aan de hand van spiegelinformatie. In dit onderzoek keken we of en hoe Vektis Praktijkspiegelinformatie en groepsdiscussie over die informatie huisartsen motiveren om hun zorgverlening aan te passen. Als deze vorm van feedback motiverend werkt, zouden soortgelijke bijeenkomsten een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het optimaliseren van de zorgverlening.

METHODE

Deelnemende huisartsen

In dit kwalitatieve onderzoek namen 39 huisartsen (30-65 jaar) uit de regio Amsterdam deel aan vier focusgroepgesprekken tussen juni 2016 en maart 2017. Deze groepen waren al actief als huisartsenwijkgroep en hadden ervaring met onderlinge toetsing. Onder de deelnemers bevonden zich diverse huisartsen die betrokken zijn bij het Optimale Zorg-Dappere Dokters gedachtegoed. Driekwart van hen werkte in een duopraktijk, de overigen in een solo- of groepspraktijk. Elke deelnemende huisarts ontving een informatiebrief, gaf toestemming voor deelname en stuurde ons zijn Vektis Praktijkspiegelinformatie over zorgverlening tussen 2012 en 2014. Deze spiegelinformatie was de oorspronkelijk verkrijgbare spiegelinformatie, die Vektis in de volgende drie stappen heeft afgeleid uit declaratiegegevens.⁵ Eerst heeft Vektis de samenstelling van een praktijk bepaald aan de hand van het AGB-register. Om het zorggebruik van de praktijkpopulatie in kaart te brengen is een koppeling gemaakt tussen praktijkgegevens, declaratiegegevens en patiëntkenmerken. Deze praktijkpopulatie is vervolgens vergeleken met het landelijk beeld van praktijken die op verschillende kenmerken vergelijkbaar zijn met de onderzochte praktijk. Deze vergelijking is in de Praktijkspiegel gepresenteerd door per zorgsoort de werkelijke kosten en aantallen van de onderzochte praktijk naast de verwachte, gemiddelde aantallen en kosten weer te geven.

Gegevensverzameling

De focusgroepgesprekken duurden ongeveer anderhalf uur en werden opgenomen op audio. Onder leiding van een moderator (een van ons) bespraken de deelnemers onderdelen van de Praktijkspiegelinformatie. Om de discussie te focussen maakten we van tevoren een samenvatting van opvallende verschillen in de zorgverlening tussen

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Van Braak M, Visser M, Holtrop M, Statius Muller I, Bont J, Van Dijk N. 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. Het oorspronkelijke artikel is gepubliceerd onder een Creative Commons Attribution 4.0 International License.

de praktijken (in termen van kosten, frequentie van voorschriften of bepaalde declaraties). Tijdens de discussie konden deelnemers elkaars precieze cijfers inzien als de betreffende deelnemers daar toestemming voor gaven. De moderator stimuleerde deelnemers elkaar vragen te stellen, opvallende bevindingen in de eigen spiegelinformatie te delen, verklaringen voor en consequenties van verschillen tussen praktijken in de zorgkwaliteit te bespreken, en eventueel veranderdoelen te formuleren.

Analyse

We maakten een thematische analyse van de transcripten van de audio-opnamen.⁶ Theoretische concepten uit de attributietheorie, bijvoorbeeld *externe attributie*, vormden de basis voor het coderen.³ Daarnaast ontstonden tijdens het analyseren van de transcripten bottom-up aanvullende codes, bijvoorbeeld *informatie verkrijgen*. Twee van ons analyseerden de transcripten, waarbij één transcript door beiden is gecodeerd om de validiteit van de codering te waarborgen. De analyse van de laatste twee focusgroeptranscripten leverde geen nieuwe codes meer op. Na codering zette een van ons de uiteindelijke codes om tot een coherente en consistente beschrijving van wat huisartsen tot gedragsverandering motiveert.

RESULTATEN

Deelnemende huisartsen

De variatie op verschillende vlakken (bijvoorbeeld landelijke versus stadspraktijk) tussen deelnemende huisartsen droeg bij aan de representativiteit van de selectie van huisartsenprak-

tijken. De 39 deelnemende huisartsen vormen daarmee een afspiegeling van de onderzoekspopulatie, wat de resultaten generaliseerbaar maakt naar allerlei soorten praktijken in verschillende regio's.

Algemene beschrijving van de focusgroepgesprekken

De vier focusgroepgesprekken verliepen globaal hetzelfde. De deelnemers begonnen met het bespreken van *problemen* in de interpretatie van de Praktijkspiegelinformatie (bijvoorbeeld de betekenis van bepaalde afkortingen). Wanneer deze duidelijk waren, bespraken de huisartsen hun *interpretatie* van de informatie door verschillen tussen hun zorg en die van de normpraktijk te bespreken en te verklaren (bijvoorbeeld door uit te leggen dat de praktijk naast een verpleeghuis lag). Dit leidde ertoe dat ze bepaalde onderwerpen verder wilden uitzoeken of hun handelen daarop wilden aanpassen. Veel van de besproken onderwerpen kwamen voort uit de spiegelinformatie, maar er kwamen ook andere onderwerpen aan bod.

Hoe motiveerde Praktijkspiegelinformatie huisartsen tot gedragsverandering?

Praktijkspiegelinformatie motiveerde huisartsen hoofdzakelijk op twee manieren tot verandering. In de eerste plaats gaven huisartsen aan dat de informatie de *bewustwording* van het eigen handelen vergrootte. Een voorbeeld is een huisarts die volgens de Praktijkspiegel veel naar longartsen verwees, maar dit niet herkende ('Ik stuur juist nooit naar longartsen'). Zulke verschillen motiveerden huisartsen om hun handelen verder te analyseren:

'Wat ik wel wil doen is al onze verrichtingen cyriax bekijken om te kijken welke indicaties dat waren. Dat is best een werkje. Het zou heel fijn zijn als we die spiegelinformatie kunnen krijgen. Ik ben door deze bevinding al geprikkeld om dat in mijn eigen HIS te gaan bekijken om te kijken waar dat dan in zit.'

In de tweede plaats gaven huisartsen aan dat de Praktijkspiegelinformatie waardevolle indicaties geeft van de *impact* die bepaalde gedragsveranderingen zouden kunnen hebben:

'Er is ook een ding wat ik wel fijn vind bij deze getallen dat – soms zijn er extreem grote verschillen, maar dan gaat het over tien patiënten. Daar ga je geen beleid op veranderen.'

Kleine afwijkingen van de norm zagen de deelnemers als irrelevant voor gedragsverandering, terwijl ze grote afwijkingen juist als geschikte onderwerpen beschouwden voor verder onderzoek en potentiële veranderingen in zorgverlening. Grote afwijkingen in de kosten konden echter ook veroorzaakt zijn door slechts een paar heel 'dure' of 'zeldzame' patiënten, wat de deelnemers juist zagen als een reden om de huidige zorgverlening te continueren.

WAT IS BEKEND?

- Reflectie op het eigen handelen is essentieel om optimale huisartsenzorg te garanderen.
- De feedback die huisartsen krijgen (bijvoorbeeld van accreditatiecommissies of zorgverzekeringsmaatschappijen) is geen garantie voor reflectie en stimuleert nauwelijks om gedrag te veranderen.
- Groepsdiscussies lijken een belangrijke sleutel te zijn tot een effectief gebruik van feedback.

WAT IS NIEUW?

- Praktijkspiegelinformatie kan bewustwording creëren en een indicatie geven van de impact van verandering op de patiëntenzorg, mits deze informatie periodiek wordt verstrekt, betrouwbaar, valide, recent en specifiek is, en betrekking heeft op het eigen (en/of te beïnvloeden) handelen van de huisarts.
- Groepsdiscussie is essentieel voor het maken van de afweging of een bepaalde verandering in de zorgverlening relevant en de moeite waard is. De groep biedt een referentiekader en genereert nieuwe, gezamenlijk geconstrueerde inzichten.



Niet alle verschillen tussen de eigen indruk en spiegelinformatie of tussen de eigen praktijk en de normpraktijk motiveerden huisartsen om hun zorgverlening te veranderen, bijvoorbeeld als in het aantal declaraties waarschijnlijk ook declaraties van specialisten waren meegenomen. De huisartsen gaven aan dat alleen betrouwbare en valide informatie zou motiveren tot gedragsverandering, net als informatie die specifiek is (duidelijk over welke voorschriften het precies gaat), recent is (tot enkele maanden oud), periodiek geleverd wordt (zodat je het effect van gedragsverandering kan monitoren) en alleen gaat over handelen dat de huisarts kan beïnvloeden.

Hoe motiveerde de groepsdiscussie tot gedragsverandering?

Meer nog dan de Praktijkspiegelinformatie zelf zou de groepsdiscussie over Praktijkspiegelinformatie huisartsen motiveren om hun zorgverlening te veranderen, zo gaven ze zelf aan. Daarvoor waren hoofdzakelijk twee redenen. In de eerste plaats gaf de bespreking een *referentiekader*. Huisartsen in een huisartsgroep hebben een goede indruk van elkaars praktijk en hebben demografisch en geografisch vergelijkbare patiëntenpopulaties. Dit vergroot de onderlinge vergelijkbaarheid, zoals de volgende huisarts aangeeft:

‘Als ik het vergeleken zie met het landelijk gemiddelde en het wijkt bij ons allemaal af, wat moeten we er dan mee? Als het alleen bij mij afwijkt, dan moet ik daar wat mee.’

Ten tweede ontstonden door de groepsdiscussie *ideeën* en *adviezen* die een individuele huisarts zonder de groep niet had gekregen. Een voorbeeld is het volgende fragment:

Huisarts A: ‘Het is zo’n eyeopener voor me. Ik schaam me aldoor voor m’n assistentes als ik twee keer per dag 20 minuten inplan, want dan kunnen ze niet voldoende patiënten kwijt, denk ik dan. Dat mag ik gewoon doen!’

Huisarts B: ‘Maar wij zitten met een dubbele bezetting maar iets meer patiënten te bemannen.’

Huisarts A: ‘Ja, dat is waar.’

Huisarts B: ‘Weet je, ik bedoel – dus zo is het, echt.’

Huisarts C: 'Ja, dus er moet een dokter bij, en meer dubbele consulten.'

Huisarts A: 'En een kamer.'

Huisarts C: 'Ja, en als we de dubbele consulten ook rekenen, dan kost het eigenlijk niks als er nog een dokter bijkomt.'

Huisarts D: 'Nee, dan heb je hem er zo uit.'

Ondanks deze motiverende effecten van de groepsdiscussies kwam het ook voor dat de discussie tijdens een focusgroep-bijeenkomst op sommige momenten niet verderging dan het bekritisieren van de Praktijkspiegelinformatie en het delen van motivaties, zonder dat er concrete vervolgstappen werden geformuleerd.

BESCHOUWING

Hoewel feedback huisartsen niet altijd aanzet tot veranderingen in hun zorgverlening, kan groepsdiscussie over Praktijkspiegelinformatie huisartsen wel motiveren tot veranderingen die hun hulpverlening zouden verbeteren.¹ De bespreking in de groep vervult daarmee een sleutelrol, die de waarde van groepsdiscussies voor gedragsveranderende feedback onderstreept.⁴

Het nut van de spiegelinformatie woog helaas niet altijd op tegen de kritiek die de deelnemende huisartsen uitten op de manier waarop deze informatie was samengesteld of gepresenteerd. De verbeterpunten die huisartsen aandroegen betroffen de vorm en opbouw van de Praktijkspiegelinformatie. Zo zouden aantallen voorschriften daadwerkelijk moeten gaan over hetgeen de huisartsen zelf voorschrijven en niet over de voorschriften van een specialist of een collega, en moeten de cijfers van recente datum zijn. Dit vergt dus maatwerk. Huisartsgroepen zouden een thema of type behandeling kunnen uitkiezen en informatie daarover uit het eigen HIS moeten halen, om deze vervolgens te bespreken in de groep. Dan is de informatie directer gerelateerd aan het huidige handelen, gaat ze niet over kosten maar over handelen, en is ze relatief makkelijk te herleiden tot een specifieke casus. De reflectie van vandaag kan dan leiden tot een concrete aanpassing van het handelen van morgen. Het periodiek plannen van zulk soort bijeenkomsten zou bovendien bijdragen aan een continue zorgoptimalisering. Tegelijk is het belangrijk te bedenken dat niet alle keuzen zich binnen de invloedssfeer van de huisarts bevinden (bijvoorbeeld wanneer een specialist een herhaalrecept voor oncolytica uitschrijft).³ Ook kan het handelen van huisartsen verschillen doordat ze andere achtergronden, uiteenlopende ervaringen en verschillende interessegebieden hebben (een deelnemende huisarts met een gynaecologische achtergrond plaatste bijvoorbeeld bovengemiddeld veel IUD's, en een huisarts met hart- en vaatziekten als aandachtsgebied verwijst mogelijk minder patiënten voor het maken van een ecg naar de cardioloog). Reflectie is weliswaar nuttig, maar

verandering is niet altijd mogelijk of nodig.

Hoewel de analyse van de vier focusgroepgesprekken waardevolle informatie opleverde over het nut van spiegelinformatie en groepsdiscussie, brengt het onderzoeksontwerp een aantal beperkingen met zich mee. De focusgroepen waren vrij groot, waardoor er tijdens de beschikbare tijd maar een gering aantal onderwerpen besproken kon worden en de spreekruimte voor de deelnemers beperkt was. De vooraf gemaakte selectie van opvallende verschillen tussen alle deelnemende praktijken gaf de discussie wel focus en zorgde er ook voor dat alle deelnemende praktijken tijdens de discussie aan bod kwamen. De moderator gaf deelnemers waar nodig expliciet de beurt om hun zorgverlening toe te lichten – een voorbeeld van het procesmatige karakter van de begeleiding van de discussie. Ook was er tijd ingeruimd voor niet-geselecteerde onderwerpen, maar hier werd weinig gebruik van gemaakt. Wanneer dat wel gebeurde, ontstond een vergelijkbare reflectie op de Praktijkspiegelinformatie en de groepsdiscussie als bij de voorgeselecteerde onderwerpen. Dit betekent dat de voorselectie geen duidelijke invloed had op het soort discussie dat ontstond. Hoewel de discussies ons inzicht gaven in motivationele processen, is de motivatie van huisartsen om zorgverlening aan te passen geen garantie voor *daadwerkelijke* veranderingen in zorgverlening.⁷ Feitelijke gedragsveranderingen en het effect ervan op bijvoorbeeld patiëntuitkomsten zouden het onderwerp kunnen zijn van toekomstige evaluaties van dit soort feedbackdiscussies. Op dit moment wordt verder onderzoek naar groepsbijeenkomsten uitgevoerd op basis van spiegelinformatie uit het eigen HIS: hoe kunnen deze bijeenkomsten het beste worden ingericht en wat zijn dilemma's bij en voorwaarden voor implementatie?⁶

CONCLUSIE

Groepsdiscussie over spiegelinformatie kan huisartsen motiveren om onderdelen van hun zorgverlening aan te passen om de zorg te optimaliseren. De werkzame elementen uit deze aanpak zijn 1) het bespreken van recente, periodiek verstrekte, specifieke informatie over het eigen handelen, en 2) het voeren van een groepsgebesprek tussen huisartsen uit vergelijkbare praktijken. Het belangrijkste verbeterpunt in de huidige aanpak is de voorbereiding op maat, waarbij er uit het eigen HIS specifieke spiegelinformatie kan worden gehaald. Deze gegevens zouden binnen de groep overzichtelijk naast elkaar moeten worden gepresenteerd, zodat praktijkvariatie snel zichtbaar wordt. ■

LITERATUUR

1. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(6):CD000259.
2. Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, Carroll K, Sales A, Michie S, et al. Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Ann Int Med* 2016;164:435-41.
3. Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psych Rev* 1985;92:548.

-
4. Cooke LJ, Duncan D, Rivera L, Dowling SK, Symonds C, Armson H. How do physicians behave when they participate in audit and feedback activities in a group with their peers? *Implem Sci* 2018;13:104.
 5. Vektis. Hoe komt de Praktijkspiegel tot stand? Zeist: Vektis, 2018.
 6. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psych* 2006;3:77-101.
 7. Overton GK, Mccalister P, Kelly D, Macvicar R. Practice-based small group learning: how health professionals view their intention to change and the process of implementing change in practice. *Med Teach* 2009;31:e514-20.

Van Braak M, Visser MRM, Van der Winden D, Holtrop M, Stadius Muller I, Bont J, et al. Spiegelen in groepen motiveert tot gedragsverandering. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0562-4. Erasmus MC, Huisartsopleiding, Rotterdam: M. van Braak, promovenda, m.vanbraak@erasmusmc.nl. Amsterdam UMC locatie AMC, Huisartsopleiding, Amsterdam: dr. M.R.M. Visser, onderzoeker; D. van der Winden, arts in opleiding tot onderzoeker; dr. J. Bont, hoofd huisartsopleiding. Huisartsenpraktijk Holtrop en Sieben, Amsterdam: M. Holtrop, huisarts. Huisartspraktijk Ubbens & Stadius Muller, Amsterdam: I. Stadius Muller, huisarts.
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.