



## **De evaluatie van de Achmea PraktijkStatus**

### **Deel 2**

**De beleidstheorie achter en wetenschappelijke evidentie voor een feedbackinstrument voor huisartsen**

Stef Bouwhuis  
Judith D. de Jong

ISBN 978-94-6122-358-6

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Samenvatting

Sinds 2010 geeft Achmea huisartsen inzicht in het zorggebruik van hun patiënten via de Achmea PraktijkStatus (Achmea PraktijkStatus). Het NIVEL heeft de Achmea PraktijkStatus in opdracht van Achmea geëvalueerd. De resultaten van deze evaluatie zijn in verschillende deelrapporten beschreven. In dit deelrapport wordt de beleidstheorie achter de APS gereconstrueerd. Een beleidstheorie is het geheel van veronderstellingen dat ten grondslag ligt aan beleid. Ook wordt in dit rapport onderzocht of er wetenschappelijke evidentie is voor de beleidstheorie achter de APS. Als deze evidentie er niet is kan dit een verklaring zijn voor het eventuele uitblijven van effecten die door Achmea verwacht worden op vertrouwen en kosten en kwaliteit.

## Resultaten

De beleidstheorie achter de APS is in kaart gebracht in de vorm van als-dan proposities. Voor de meeste proposities is positieve wetenschappelijke evidentie gevonden. In tabel 0.1, 0.2 en 0.3 zijn de proposities weergegeven. Ook is in deze tabellen per propositie aangegeven in welke mate er wetenschappelijke evidentie voor is.

*Tabel S.1 Proposities over de rol van huisartsen in de integrale zorgketen*

Nr.	Propositie	Wetenschappelijke evidentie
1.	Als huisartsen doelmatiger doorverwijzen, dan zullen minder patiënten het ziekenhuis bezoeken en zal de zorg goedkoper worden (lagere zorgvraag)	±
2.	Als huisartsen diagnosticeren volgens richtlijnen, dan verbetert de kwaliteit van zorg	+
3.	Als huisartsen niet te laat verwijzen, dan verbetert de kwaliteit van zorg	?
4.	Als het zorgaanbod in de eerste lijn beter afgestemd wordt, dan dalen de kosten per patiënt	+
5.	Als er samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ontstaan, dan zal de zorg kwalitatief beter worden	+
6.	Als huisartsen verwijzen naar zorgverleners die hoge kwaliteit zorg bieden, verbetert de kwaliteit van zorg	?
7.	Als huisartsen hun patiënten opvoeden, dan zullen patiënten niet voor alles naar een (duurdere) zorgverlener gaan (substitutie en lagere zorgvraag) en zal de zorg goedkoper worden	±
8.	Als huisartsen doelmatig voorschrijven, dan zullen minder patiënten specialité medicijnen gebruiken en zal de zorg goedkoper worden (substitutie)	+

Huisartsen vormen volgens Achmea de spil in de integrale zorgketen en zijn daardoor belangrijk voor Achmea. Als spil in de integrale zorgketen kunnen huisartsen, volgens Achmea, waarde creëren. Achmea onderscheidt drie rollen van de huisarts: beoordelaar, behandelaar en gids. In deze rollen kan de huisarts waarde creëren in de integrale zorgketen. Hij kan bijvoorbeeld door middel van zijn verwijs- en voorschrijfgedrag bijdragen aan kostenbeheersing en betere kwaliteit.

Dit kan vervolgens bijdragen aan kostenbeheersing. De wetenschappelijke evidentie laat zien dat huisartsen wel de middelen moeten hebben om hun verwijfs- en voorschrijfgedrag aan te passen. Ook moet de inrichting van het zorgstelsel de juiste voorwaarden scheppen. Als patiënten buiten een huisarts om het ziekenhuis kunnen bezoeken, bijvoorbeeld, wordt de invloed van het verwijfsgedrag van huisartsen kleiner.

De APS kan huisartsen ondersteunen bij hun rol als beoordelaar, behandelaar en gids. Met behulp van de APS kan Achmea samen met huisartsen de rol van de huisarts in de integrale zorgketen versterken. In tabel 0.1. staan de proposities over hoe Achmea denkt dat de APS hieraan bij kan dragen.

*Tabel S.2 Proposities over het effect van de APS op het gedrag van huisartsen*

Nr.	Propositie	Wetenschappelijke evidentie
9.	Als een huisarts zich bewust is van afwijkingen in zijn eigen gedrag, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	±
10.	Als een huisarts begrijpt waarom hij afwijkt, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	?
11.	Als een huisarts gedragsalternatieven (keuzes) heeft, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	++
12.	Als er concrete verbeterafspraken gemaakt worden, dan zal er een effect gerealiseerd worden.	+
13.	Als een huisarts weet wat de resultaten van zijn gedragsverandering zijn, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	+

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat feedback een klein tot middelgroot effect kan hebben op het gedrag van artsen en uitkomsten van zorg. De APS geeft huisartsen inzicht in hoe het zorggebruik van hun patiënten afwijkt van het zorggebruik van patiënten van andere huisartsen. De wetenschappelijke literatuur laat zien dat het *benchmarken* van feedback niet altijd tot het gewenste effect leidt. Het geven van gedragsalternatieven, bijvoorbeeld door *best practices*, en het maken van verbeterafspraken vergroten de werking van feedback wel.

De APS zou ook moeten bijdragen aan meer vertrouwen van huisartsen in Achmea. Achmea heeft de ambitie de meest vertrouwde zorgverzekeraar te worden, omdat Achmea vindt dat zorgverzekeraars een belangrijke rol vervullen in het Nederlandse zorgstelsel en vertrouwen daarbij essentieel is. Volgens Achmea is samenwerking tussen zorgverzekeraars en huisartsen namelijk essentieel voor het verbeteren van de zorg. Vertrouwen is hiervoor volgens Achmea noodzakelijk. In tabel 0.3. staan de proposities over het verwachte effect van de APS op vertrouwen.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat feedback effectiever is wanneer de ontvanger, in dit geval de huisarts, de zender, in dit geval Achmea, vertrouwt. Als huisartsen Achmea meer vertrouwen zullen zij dus meer open staan voor boodschappen van Achmea. Uit de literatuur blijkt ook dat het voor de opbouw van vertrouwen belangrijk is dat er herhaalde interactie tussen twee individuen plaatsvindt. Het is dus belangrijk dat huisartsen zoveel mogelijk door dezelfde relatiemanager bezocht worden. Achmea verwacht dat het vertrouwen van huisartsen in Achmea afneemt als de feedback in de APS beoordelend gebracht wordt. Uit de literatuur blijkt dat een beoordeling niet per se ten koste hoeft te gaan van vertrouwen, mits de beoordeelde een beoordeling verwacht.

*Tabel S.3 Proposities over het effect van de APS op het vertrouwen van huisartsen*

Nr.	Propositie	Wetenschappelijke evidentie
14.	Als een huisarts vertrouwen heeft in Achmea, dan heeft Achmea meer invloed op zijn gedrag	++
15.	Als Achmea in staat is om vragen die een huisarts tijdens APS-gesprekken stelt te beantwoorden, dan staat die huisarts meer open staan voor feedback van Achmea	++
16.	Als de relatie met Achmea voor een huisarts waardevol is, dan zal het vertrouwen van die huisarts in Achmea toenemen	+
17.	Als de informatie niet-beoordelend gebracht wordt dan verbetert de relatie tussen Achmea en een huisarts	?
18.	Als een huisarts telkens door eenzelfde relatiemanager bezocht wordt, dan verbetert de relatie tussen die huisarts en Achmea	+

Bovenstaande proposities zullen alleen optreden als aan een aantal invoeringscondities voldaan wordt. Zo houdt Achmea rekening met een tijdshorizon tot 2020 voordat effecten van de APS zichtbaar worden. De literatuur laat zien dat feedback met een lange tijdshorizon vooral effectiever is dan eenmalige feedback als het betrekking heeft op complexe taken.

Ook zijn er twee invoeringscondities die niet expliciet door Achmea genoemd worden. Zo zouden huisartsen niet al inzicht moeten hebben in het zorggebruik van hun patiënten; dan verdwijnt de toegevoegde waarde van de APS. Uit de literatuur blijkt dat (huis)artsen moeite hebben met het inschatten van kosten van medicijnen. Daarnaast moeten huisartsen de mogelijkheid hebben om hun gedrag te veranderen en het gedrag van patiënten te beïnvloeden. Er is geen evidentie voor deze invoeringsconditie gevonden.

Uit de literatuurstudie bleek ook dat er aanvullende kenmerken van feedback zijn die de effectiviteit ervan beïnvloeden. Feedback is effectiever als het tijdig en frequent gegeven wordt. Ook is het effectiever bij ontvangers die voorafgaand aan de feedback slecht presteerden. Daarnaast is feedback effectiever als ontvangers ermee ingestemd hebben.

## Methodologie

Voor de analyse van de beleidstheorie zijn documenten van Achmea over de APS geanalyseerd en zijn drie interviews gehouden met medewerkers van Achmea die betrokken waren bij de ontwikkeling van de APS. Uit deze documenten en interviews zijn als-dan-proposities afgeleid, die samen de beleidstheorie vormen.

De wetenschappelijke evidentie is in kaart gebracht door middel van een literatuurstudie. De beleidstheorie van Achmea is leidend geweest voor deze studie. Gestart is met de analyse van een aantal (systematische) reviews over de effectiviteit van feedback in de gezondheidszorg. Deze reviews vormden ook de basis voor de verdere zoektocht naar literatuur. Data-extractie vond plaats met behulp van een Excel-bestand en was gebaseerd op de beleidstheorie van Achmea.

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1	Achtergrond	8
1.1.1	De implementatie van de Achmea PraktijkStatus	8
1.1.2	Zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet	8
1.1.3	Beïnvloeding door zorgverzekeraars	8
1.2	De Achmea PraktijkStatus	9
1.3	De werking van feedback	11
1.4	Dit rapport	11
1.4.1	Opzet van de beleidsevaluatie	12
1.4.2	De reconstructie van de beleidstheorie achter de APS en wetenschappelijke evidentie	12
1.5	Doel en vragen	12
1.6	Opbouw van dit rapport	13
<b>2</b>	<b>Methoden</b>	<b>14</b>
2.1	Reconstructie van de beleidstheorie	14
2.2	Analyse van de wetenschappelijke evidentie	14
<b>3</b>	<b>De beleidstheorie achter de Achmea PraktijkStatus</b>	<b>16</b>
3.1	Het probleem en het doel	16
3.1.1	Stijgende zorgkosten en kwaliteit van zorg	16
3.1.2	Relatie met huisartsen	17
3.2	De Achmea PraktijkStatus als instrument	17
3.2.1	Het geven van inzicht over zorggebruik	17
3.2.2	Het vertrouwen van huisartsen in Achmea vergroten	19
3.3	Invoeringscondities	20
3.3.1	Tijdsduur	20
3.3.2	Mate waarin huisartsen zich bewust zijn van gevolgen en afwijkingen gedrag	21
3.3.3	Mogelijkheden voor huisartsen om eigen gedrag en gedrag patiënten te beïnvloeden	21
<b>4</b>	<b>De wetenschappelijke evidentie voor de Achmea PraktijkStatus</b>	<b>22</b>
4.1	Proposities over de rol van huisartsen in de integrale zorgketen	22
4.2	Proposities over het effect van de APS op het gedrag van huisartsen	24
4.3	Proposities over het effect van de APS op het vertrouwen van huisartsen	26
4.4	Wetenschappelijke evidentie voor de rol van de invoeringscondities	28
4.4.1	Tijdsduur	28
4.4.2	Kostenbewustzijn onder huisartsen	28
4.4.3	Mogelijkheden voor huisartsen om eigen gedrag aan te passen	29
4.5	Overige omstandigheden die de effectiviteit van feedback beïnvloeden	29
4.5.1	Tijdigheid	29
4.5.2	Frequentie	29
4.5.3	Richting van feedback	29
4.5.4	Doelen van de ontvanger	30

4.5.5	Baseline performance van ontvanger	30
4.5.6	Instemming van ontvanger met feedback	30
<b>5</b>	<b>Conclusie</b>	<b>31</b>
5.1	Het probleem en de APS als oplossing	31
5.2	Wetenschappelijke evidentie	32
5.3	Het vergroten van de effectiviteit van feedback	34
<b>6</b>	<b>Literatuur</b>	<b>35</b>
<b>Bijlagen:</b>		
Bijlage 1	Overzicht literatuurstudie	40

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Het NIVEL heeft een evaluatie onderzoek gedaan naar de Achmea PraktijkStatus (APS). De resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd in vijf deelrapporten en één eindrapport. Elk van de rapporten is zelfstandig leesbaar. Aangezien de achtergrond en aanleiding van het onderzoek gelijk is voor alle rapporten is het eerste deel van de inleiding ook voor alle rapporten gelijk. Dit rapport betreft deel 2: de reconstructie van de beleidstheorie achter de APS en het onderzoek naar de wetenschappelijke evidentie voor deze beleidstheorie.

### 1.1.1 De implementatie van de Achmea PraktijkStatus

Sinds 2010 geeft Achmea huisartsen feedback via de Achmea PraktijkStatus. De APS geeft inzicht in het zorggebruik van de patiëntenpopulatie van een huisarts in vergelijking met een benchmark. Achmea wil samen met huisartsen de rol van huisartsen in de integrale zorgketen vergroten. De Achmea PraktijkStatus ondersteunt Achmea en huisartsen hierbij, doordat het inzicht geeft in het zorggebruik van patiënten. Dit moet uiteindelijk leiden tot een betere relatie tussen huisartsen en Achmea en tot kostenbeheersing zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

### 1.1.2 Zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht geworden. Het doel van de Zvw is om het zorgstelsel efficiënter te maken en tegelijkertijd de kwaliteit van zorg te vergroten en de toegankelijkheid te garanderen (Ministerie VWS, 2004).

Eén van de instrumenten in de Zvw om deze doelen te bereiken is het versterken van de positie van zorgverzekeraars (Bartholomé en Maarse, 2006). Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij zich gedragen als actieve inkopers die de kosten van zorg proberen te beheersen en de kwaliteit ervan te verbeteren (Schut en Van de Ven, 2011). Doordat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om verzekeren worden zij gestimuleerd om verzekeren zorg van goede kwaliteit tegen een scherpe prijs aan te bieden (Ministerie VWS, 2004). De verwachting is dat zorgverzekeraars invloed zullen uitoefenen op zorgaanbieders om doelmatiger te werken en zorg van hogere kwaliteit te leveren (Ministerie VWS, 2004). Hierdoor kunnen zij namelijk goede zorg tegen een goede prijs aanbieden aan hun verzekeren. Feedback over de geleverde zorg past hier bij.

### 1.1.3 Beïnvloeding door zorgverzekeraars

In theorie kunnen zorgverzekeraars op drie manieren invloed uitoefenen op het gedrag van zorgaanbieders: via contracten, via eigenaarschap en via de informele relatie met zorgaanbieders (Williamson, 1979). In contracten kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over wat er van de zorgaanbieder verwacht wordt en welke vergoeding daar tegenover staat. Op die manier kan de zorgverzekeraar invloed uitoefenen op de prijs, het volume en de kwaliteit van zorg.



Daarnaast kan een zorgverzekeraar ervoor kiezen zorgaanbieders in eigendom te nemen of zelf zorg te leveren. Op die manier kan hij ook invloed uitoefenen op de prijs, het volume en de kwaliteit van zorg. In Nederland wordt dit instrument, in tegenstelling tot contracten, niet veel gebruikt.

Als laatste kan een zorgverzekeraar invloed uitoefenen op het gedrag van zorgaanbieders door de informele relatie met de zorgaanbieder te verbeteren. Als gevolg van het verbeteren van de relatie verbetert namelijk de informatiestroom tussen inkoper en aanbieder (Dyer en Chu, 2000; Lee en Whang, 2000). Hierdoor vermindert de onzekerheid over het gedrag van de aanbieder voor de inkoper (Laing en Lian, 2005). Daarnaast kan zich een gevoel van empathie ontwikkelen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waardoor beide partijen minder geneigd zijn opportunistisch te handelen (Klein Woolthuis et al., 2005). Onderzoek heeft veelvuldig aangetoond dat vertrouwen tussen partijen in een economische interactie het succes van de interactie positief beïnvloedt (Klein Woolthuis et al., 2005; Monczka et al., 1998; Zaheer et al., 1998).

Het geven van feedback kan gezien worden als instrument om via de informele relatie invloed uit te oefenen op het gedrag van zorgaanbieders. Feedback past in een informele benadering om beïnvloeding vorm te geven, omdat het gebaseerd is op de assumptie dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder (deels) dezelfde doelen hebben. Een andere assumptie van feedback is dat de zorgaanbieder niet de informatie heeft om te bepalen in hoeverre hij handelt in overeenstemming met deze doelen. Door deze informatie via feedback te verschaffen kan de zorginkoper de zorgaanbieder helpen te handelen in overeenkomst met doelen die zij beiden onderschrijven.

## 1.2 De Achmea PraktijkStatus

Met de Achmea PraktijkStatus geeft Achmea huisartsen inzicht in het zorggebruik van hun patiënten. Dit inzicht dient volgens Achmea zonder waardeoordeel gegeven te worden. Achmea streeft met de Achmea PraktijkStatus een aantal doelen na. Ten eerste dient de APS bij te dragen aan het beheersen van de zorgkosten. Kostenbeheersing is voor Achmea belangrijk omdat het de kosten per verzekerde verlaagt en omdat het bijdraagt aan de toegankelijkheid van de zorg. Ten tweede moet de APS eraan bijdragen dat kostenbeheersing niet ten koste gaat van kwaliteit, en waar mogelijk moet het bijdragen aan betere kwaliteit. Ten derde verwacht Achmea dat de APS bijdraagt aan een hoger vertrouwen van huisartsen in Achmea. Achmea vindt het belangrijk dat huisartsen haar vertrouwen, omdat zij zowel de positie van huisartsen als de positie van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel belangrijk vindt. Om goede zorg voor verzekerden te organiseren moeten zorgverzekeraars en huisartsen samenwerken en daarvoor is onderling vertrouwen noodzakelijk.

De Achmea PraktijkStatus is een document van ongeveer 25 pagina's en behandelt kenmerken van de huisartsenpraktijk, van de patiëntenpopulatie van de praktijk en van het zorggebruik van deze patiëntenpopulatie. De informatie over het zorggebruik wordt vergeleken met een benchmark, in de vorm van verwacht zorggebruik. Om de verwachte zorgkosten te berekenen worden de totale werkelijk gemaakte zorgkosten herverdeeld over de huisartsen. De totale werkelijke zorgkosten zijn dus even hoog als de totale verwachte zorgkosten. Het effect hiervan is dat wanneer er iets verandert in de werkelijke zorgkosten, die noodzakelijkerwijs ook invloed uitoefent op de verwachte kosten. Een ander effect is dat de verwachte kosten van alle huisartsen veranderen, als

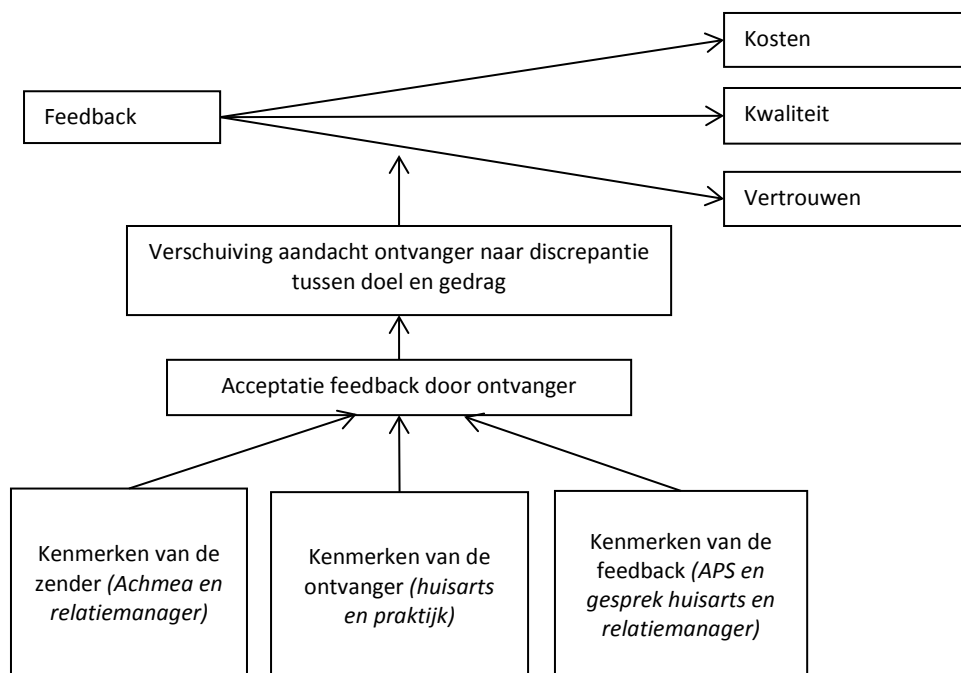
ze bij één huisarts veranderen, omdat de totale verwachte kosten vastgesteld zijn op de hoogte van de totale werkelijke kosten. Er is dus sprake van communicerende vaten: verandert er bij één (groep) huisartsen iets in de verwachte kosten, dan heeft dit automatisch een effect op de verwachte kosten in de andere groep.

De herverdeling van de werkelijke zorgkosten vindt plaats op basis van kenmerken van de patiëntenpopulatie van de praktijken. Een praktijk met een relatief oude populatie, bijvoorbeeld, heeft hogere verwachte kosten per patiënt dan een praktijk met een relatief jonge populatie.

De spiegelinformatie in de Achmea PraktijkStatus is gebaseerd op declaratiegegevens van Achmea-verzekerden, die op het niveau van de huisartsenpraktijk geaggregeerd worden. Over elke praktijk met minimaal één Achmea-verzekerde zijn dus APS-gegevens beschikbaar. De zorgkosten zijn onderverdeeld in acht segmenten: 1) huisartsenzorg; 2) diagnostiek; 3) hulpmiddelen; 4) farmacie; 5) fysiotherapie; 6) GGZ; 7) medisch specialistische zorg; en 8) geboortezorg.

Huisartsen bepalen zelf of zij deel willen nemen aan de Achmea PraktijkStatus. Het idee is dat alleen huisartsen met meer dan 1000 Achmea-verzekerden deelnemen. Deze grens is nodig om de representativiteit van de data te waarborgen, zo stelt Achmea. De Achmea PraktijkStatus bevat namelijk alleen informatie over de Achmea-verzekerden in de praktijk. Voor een praktijk met maar een kleine Achmea populatie wijkt het zorggebruik in de totale praktijk mogelijk te veel af om er conclusies aan te verbinden. In dat geval is de declaratiedata van Achmea-verzekerden mogelijk niet representatief en daarom mogen dergelijke praktijken niet deelnemen aan de APS.

Figuur 1.1. Conceptueel model



### 1.3 De werking van feedback

In figuur 1.1 zijn de doelen die Achmea met de APS nastreeft weergegeven. Feedback werkt alleen als het de aandacht van mensen weet te verschuiven naar het onderwerp van de feedback (Kluger en DeNisi, 1996). Als feedback vervolgens een verschil tussen een doel en gedrag laat zien, dan kan er gedragsverandering optreden. Hierbij is het wel belangrijk dat het doel voor de ontvanger van feedback ook belangrijk is. Als dit niet het geval is, namelijk, dan zal hij geen reden zien om het verschil tussen doel en gedrag te verkleinen. Gedragsverandering is in dat geval onwaarschijnlijk. De APS zal dus alleen bijdragen aan kostenbeheersing, kwaliteit en vertrouwen als het de aandacht van huisartsen weet te vestigen op een verschil tussen het doel en hun gedrag. Bijvoorbeeld, als kostenbeheersing een doel is voor een huisarts en de APS de aandacht vestigt op hoge kosten die door de patiënten van die huisarts gemaakt worden, dan is de kans dat de APS bijdraagt aan gedragsverandering groot.

De effectiviteit van feedback wordt vervolgens beïnvloed door de mate waarin de ontvanger de feedback accepteert (Ilgen et al., 1979). Naarmate de discrepantie tussen de feedback en het zelfbeeld groter wordt, is de kans op acceptatie kleiner (Anseel en Lievens, 2009; Anseel et al., 2011; Ilgen et al., 1979).

De kans dat de ontvanger de feedback accepteert hangt daarnaast af van drie variabelen: 1) kenmerken van de zender van de feedback; 2) kenmerken van de ontvanger van de feedback; en 3) kenmerken van de feedback zelf (Ilgen et al., 1979). Bij kenmerken van de zender van feedback kan gedacht worden aan geloofwaardigheid. Naarmate de zender door de ontvanger als meer geloofwaardig gezien wordt, zal feedback eerder geaccepteerd worden. In het geval van de APS beïnvloedt de geloofwaardigheid van Achmea onder huisartsen dus de effectiviteit ervan. Kenmerken van de ontvanger van feedback zijn onder meer de mate van zelfvertrouwen en de doelen die hij nastreeft. Een ontvanger met veel zelfvertrouwen is minder geneigd om negatieve feedback te accepteren dan een ontvanger met weinig zelfvertrouwen. In het geval van de APS zal een huisarts met veel zelfvertrouwen dus minder snel accepteren dat hij meer kosten maakt dan verwacht.

Kenmerken van feedback zelf zijn onder meer de manier waarop de feedback gebracht wordt (schriftelijk, mondeling, grafisch, etc.) en de frequentie. Bij de APS is het gesprek tussen een relatiemanager en huisartsen in dit verband belangrijk. Achmea verwacht bijvoorbeeld dat de APS een groter effect zal hebben op zorgkosten als relatiemanagers en huisartsen afspraken maken over die zorgkosten. Ook verwacht Achmea dat de APS niet het gewenste effect heeft op vertrouwen als relatiemanager de feedback in de APS beoordelend brengen. De APS is bedoeld om inzicht te geven en niet om oordelen te vellen. Als dat wel gebeurt zullen huisartsen dit volgens Achmea als negatief ervaren en dit zal ten koste gaan van hun vertrouwen in Achmea.

### 1.4 Dit rapport

Achmea heeft het NIVEL gevraagd om de APS te evalueren. Deze evaluatie heeft de vorm van een beleidsevaluatie. De resultaten van de evaluatie zijn in verschillende rapporten beschreven. In deze paragraaf zetten we uiteen hoe de beleidsevaluatie is uitgevoerd en welk deel in dit rapport beschreven wordt.

#### **1.4.1 Opzet van de beleidsevaluatie**

De evaluatie van de APS bestaat uit vier stappen:

1. Reconstructie van de beleidstheorie achter de APS
2. Analyse van de wetenschappelijke evidentie voor de beleidstheorie
3. Analyse van de in- en uitvoering van de APS
4. Bepaling van de effecten van de APS

Om de gevonden effecten in stap 4 te kunnen verklaren is het belangrijk om de eerste drie stappen te zetten. Als gevonden wordt dat de verwachte effecten niet optreden, dan kan dat bijvoorbeeld veroorzaakt zijn doordat de Achmea PraktijkStatus niet in- en uitgevoerd is in overeenstemming met de beleidstheorie. Een andere mogelijkheid is dat er geen wetenschappelijke evidentie is voor de beleidstheorie en dat daarom de verwachte effecten niet optreden. Het is belangrijk om de gevonden effecten te verklaren, omdat we met dit onderzoek niet alleen inzicht willen geven in de effecten, maar ook verbeterpunten aan willen dragen die kunnen bijdragen aan een grotere effectiviteit van de APS.

#### **1.4.2 De reconstructie van de beleidstheorie achter de APS en wetenschappelijke evidentie**

In dit rapport worden de eerste twee stappen van de beleidsevaluatie van de APS gezet: de reconstructie van de beleidstheorie en de analyse van wetenschappelijke evidentie ervoor. De reconstructie van de beleidstheorie bestaat uit het achterhalen van de doelstellingen van het beleid, de achterliggende veronderstellingen over de manier waarop het beleid bijdraagt aan de te bereiken doelen en welke invoeringscondities er zijn. Invoeringscondities zijn voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de verwachte effecten van de APS tot stand te laten komen. Het geheel van de veronderstellingen en invoeringscondities vormt de beleidstheorie. Achmea wil met de APS bijdragen aan kostenbeheersing in de zorg onder voorwaarde van gelijkblijvende kwaliteit en daarnaast wil Achmea met de APS het vertrouwen van huisartsen vergroten. Met de reconstructie van de beleidstheorie achter de APS hebben we onderzocht hoe Achmea verwacht dat de APS aan deze doelen bijdraagt en aan welke voorwaarden volgens Achmea voldaan moet worden om de APS aan deze doelen bij te laten dragen.

Een beleidstheorie is noodzakelijk om beleid te kunnen evalueren. De beleidstheorie moet heldere doelstellingen bevatten en moet realistisch zijn. Ook moeten de veronderstellingen kloppen. Als er onjuiste veronderstellingen in het beleid worden gedaan kan dit een oorzaak zijn waarom verwachte effecten uitblijven. Om te onderzoeken of de veronderstellingen in een beleidstheorie juist zijn kan bijvoorbeeld gezocht worden naar wetenschappelijke evidentie ervoor. Dit doen we ook in deze evaluatie. De resultaten ervan worden ook in dit rapport gepresenteerd.

### **1.5 Doel en vragen**

Het doel van dit rapport is om de beleidstheorie achter de APS te reconstrueren. Ook dient de wetenschappelijke evidentie voor die beleidstheorie gevonden te worden. Bij deze doelen horen de volgende onderzoeksvragen:

*‘Welk probleem wil Achmea met de Achmea PraktijkStatus oplossen en welke veronderstellingen zijn er over de werking van de APS?’*

*‘Is er wetenschappelijke evidentie voor de werking van de APS?’*

## **1.6 Opbouw van dit rapport**

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 worden de methoden die gebruikt zijn in dit onderzoek beschreven. In het derde hoofdstuk volgen de resultaten van de reconstructie van de beleidstheorie achter de APS. In het vierde hoofdstuk komen de resultaten van de analyse van de wetenschappelijke evidentie voor de beleidstheorie aan bod. In het vijfde hoofdstuk volgt de conclusie waarin de uitkomsten van de reconstructie van de beleidstheorie wordt vergeleken met de uitkomsten van de analyse van de wetenschappelijke evidentie.

## 2 Methoden

### 2.1 Reconstructie van de beleidstheorie

De beleidstheorie is het geheel van veronderstellingen achter beleid (Leeuw, 2003). Om de beleidstheorie achter de APS te reconstrueren is gebruik gemaakt van documentanalyse en zijn drie medewerkers van Achmea die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de APS geïnterviewd. Deze interviews waren semi-gestructureerd en gingen in op de situatie voor de APS, de problemen die Achmea met de APS wil oplossen en de manier waarop de APS bijdraagt aan het oplossen van deze problemen. Naar de interviews wordt geanonimiseerd verwezen door middel van nummers. Medewerker 1 was betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de APS. Medewerker 2 was projectleider van de APS bij Achmea ten tijde van de implementatie. Medewerker 3 was senior relatie manager bij Achmea ten tijde van het interview. Relatiemanagers onderhouden contacten met huisartsen over onder meer de APS.

De reconstructie van de beleidstheorie bestaat uit een aantal stappen. Eerst zal nagegaan worden voor welke problemen de APS een bijdrage moet leveren aan een oplossing. Vervolgens onderzoeken we op welke manier de APS volgens Achmea een bijdrage levert aan het oplossen van deze problemen en welke gedragsmechanismen daarbij een rol spelen. In navolging van Leeuw (Leeuw, 1991, 2003), stellen we op basis van de interviews en documentanalyse een aantal als-dan proposities op, die de kern van de beleidstheorie vormen.

### 2.2 Analyse van de wetenschappelijke evidentie

Na het reconstrueren van de beleidstheorie hebben we onderzocht of er wetenschappelijke evidentie voor is. Als veronderstellingen achter het beleid onjuist zijn kan dit verklaren waarom bedoelde effecten niet optreden en waarom eventuele onbedoelde effecten wel optreden. De evidentie voor de beleidstheorie van de APS is in kaart gebracht door middel van een literatuurstudie. Om de literatuurstudie gestructureerd uit te voeren is gekozen om te werken met de 'snowball-methode', waar de literatuurlijst van al gevonden literatuur als basis dient voor het zoeken naar verdere literatuur. Vanwege de omvang van de literatuur over feedback in de gezondheidszorg is ervoor gekozen eerst (systematische) reviews te identificeren. Er zijn zestien van dergelijke reviews gevonden (Alvero, Bucklin, en Austin, 2001; Archer, 2010; Foy et al., 2005; Hattie en Timperley, 2007; Hysong, 2009; Ilgen et al., 1979; Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, en Oxman, 2006b; Kluger en DeNisi, 1996; Mugford, Banfield, en O'Hanlon, 1991; Oxman, Thomson, Davis, en Haynes, 1995; Smither, London, en Reilly, 2005; van der Veer, de Keizer, Ravelli, Tenkink, en Jager, 2010; Veloski, Boex, Grasberger, Evans, en Wolfson, 2006), waaronder Cochrane-reviews (Ivers et al., 2012; Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, en Oxman, 2006a; O'Brien et al., 2007). Op basis van deze reviews is vervolgens gezocht naar individuele artikelen om de conclusies van de reviews beter toe te kunnen passen op onze onderzoeksvragen. In de literatuurstudie is zowel gezocht naar theoretische mechanismen achter de werking van feedback als naar empirische literatuur waarin de werking van deze mechanismen getoetst wordt.

In een Excelbestand is per veronderstelling van het APS-instrument en per invoeringsconditie aangegeven of het in het artikel genoemd is en vervolgens wat er inhoudelijk over de betreffende veronderstellingen en condities geschreven is. Daarnaast was er ook ruimte om aan te geven of en wat er in het artikel geschreven werd over de werking van feedback in het algemeen en in het bijzonder ten aanzien van gedragsverandering van de ontvanger van de feedback. Ook was er ruimte om aan te geven of in het artikel condities werden genoemd die niet door Achmea onderscheiden zijn. Speciale aandacht was er voor zogenaamde 'EOV's' (educational outreach visits), die qua opzet lijken op de APS (O'Brien et al., 2007). Voor artikelen waarin EOV's geanalyseerd werden, is data geëxtraheerd over de opzet van de EOV (inhoud en bron), de baseline score van de ontvanger en het effect van de EOV.

Door het gebruik van een Excelbestand waarin de geëxtraheerde informatie opgeslagen werd, kon systematisch te werk gegaan worden. Op basis van het Excel-bestand is vervolgens bepaald of er evidentie was voor de relatie tussen feedback en gedragsverandering en iedere afzonderlijke omstandigheid.

Voor het beschrijven van de wetenschappelijke evidentie voor de veronderstellingen in de beleidstheorie achter de APS wordt een vijftal termen gebruikt: stevige wetenschappelijke evidentie, enige wetenschappelijke evidentie, tegenstrijdige wetenschappelijke evidentie, negatieve wetenschappelijke evidentie en geen wetenschappelijke evidentie. In tabel 2.1. staat per term aangegeven wanneer het gebruikt wordt.

*Tabel 2.1 Beschrijving van gebruikte termen voor omschrijving wetenschappelijke evidentie*

Term	Wordt gebruikt als:
Stevig	Twee of meer overzichtsstudies met evidentie en geen overzichtsstudie met negatieve evidentie Vier of meer studies (geen overzicht) met evidentie en geen studie met negatieve evidentie
Enig	Twee of meer overzichtsstudies met evidentie en maximaal één overzichtsstudie met negatieve evidentie Vier of meer studies (geen overzicht) met evidentie en maximaal één studie met negatieve evidentie Eén overzichtsstudie met evidentie en geen overzichtsstudie met negatieve evidentie Twee of meer studies (geen overzicht) met evidentie en geen studie met negatieve evidentie
Tegenstrijdig	Zowel positieve als negatieve evidentie in (overzichts)studies
Negatief	Alleen negatieve evidentie in (overzichts)studies
Geen	Geen (overzichts)studies over dit onderwerp gevonden

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de artikelen die gebruikt zijn voor het analyseren van de wetenschappelijke evidentie.

## 3 De beleidstheorie achter de Achmea PraktijkStatus

In dit hoofdstuk zetten we de beleidstheorie achter de APS uiteen. De vragen die in dit hoofdstuk aan bod komen, zijn:

1. Welk probleem probeert Achmea op te lossen met de Achmea PraktijkStatus en welke doelen heeft Achmea hierbij?
2. Op welke manier draagt de Achmea PraktijkStatus volgens Achmea bij aan de oplossing van de problemen en het bereiken van de doelen?
3. Aan welke condities moet voldaan zijn volgens Achmea om de Achmea PraktijkStatus bij te laten dragen aan de oplossing en de doelen?

### 3.1 Het probleem en het doel

De eerste stap van de reconstructie van de beleidstheorie is het achterhalen van het probleem dat Achmea met de APS probeert op te lossen alsmede het doel waaraan het dient bij te dragen. Uit de analyse van de documenten en de interviews blijkt dat Achmea twee problemen identificeert. Ten eerste het maatschappelijke probleem van de zeer sterk stijgende zorgkosten. Ten tweede de relatie met huisartsen. Voor de invoering van de APS was deze relatie te veel gericht op het drukken van huisartsenkosten door middel van het beperken van verstrekkingen.

#### 3.1.1 Stijgende zorgkosten en kwaliteit van zorg

Achmea signaleert als probleem “de zeer sterk stijgende zorgkosten die maatschappelijk steeds problematischer worden” (Achmea, 2012). De bestaande strategie op het gebied van huisartseninkoop was volgens Achmea gericht op kostendruk in de contracteringsrelatie met huisartsen (Achmea, 2011). Huisartsen werden gezien als individuele verstrekkers en Achmea zette in op het beperken van de kosten van de huisartsenverstrekkingen. Er was geen duidelijke visie over hoe huisartseninkoop kon bijdragen aan kostenbeheersing en kwaliteitsborging in de integrale zorgketen.

Doordat er te weinig aandacht was voor wat Achmea de “waardepotentie” van huisartsen in het zorgstelsel noemt, bleven de zorgkosten oplopen. Met “waardepotentie” bedoelt Achmea de mogelijkheden voor huisartsen om in de integrale zorgketen bij te dragen aan lagere kosten en hogere kwaliteit van zorg. Voor de invoering van de APS lag nadruk op het verlagen van de kosten van de huisartsenzorg als zorgsector. Hierna werd het doel om samen met huisartsen de positie van huisartsen in de zorgketen te versterken. Huisartsen kunnen via hun verwijs- en voorschrijfgedrag namelijk bijdragen aan kostenbeheersing in de zorgketen. Hierdoor zouden kosten moeten dalen, terwijl de kwaliteit van zorg ten minste gelijk zou blijven: “we willen integrale zorg die goedkoper is met behoud van kwaliteit of die betere kwaliteit oplevert” (Achmea, 2012). Achmea wil, om dit te bewerkstelligen, optreden als partner van huisartsen.



### **3.1.2 Relatie met huisartsen**

Doordat Achmea als gevolg van veel fusies in de periode 2005-2010 vooral gericht was op zichzelf, raakte de relatie met huisartsen verstoord (Achmea medewerker 3, 2011). Dat in de relatie met huisartsen de nadruk lag op kosten en contractering droeg hier ook aan bij. Achmea onderhield toen vooral contact met koepelorganisaties van huisartsen en niet met individuele huisartsen.

In de visie van Achmea op huisartsenzorg die ten grondslag ligt aan de APS vormen huisartsen de belangrijkste relatie met het veld. Volgens Achmea liggen de doelen van huisartsen, patiënten en Achmea namelijk in elkaars verlengde (Achmea, 2011). Achmea wil de meest vertrouwde zorgverzekeraar van Nederland worden (Achmea medewerker 2, 2012). Dit is voor Achmea belangrijk, omdat zij zowel de rol van huisartsen als de rol van zorgverzekeraars in het zorgstelsel belangrijk vindt. Om meer vertrouwen te krijgen wil Achmea een individuele, inhoudelijke relatie met huisartsen opbouwen. De APS kan hier een bijdrage aan leveren.

## **3.2 De Achmea PraktijkStatus als instrument**

In deze paragraaf wordt uiteengezet hoe de APS volgens Achmea bijdraagt aan kostenbeheersing en kwaliteitsborging en hoe het de relatie met huisartsen verbetert.

### **3.2.1 Het geven van inzicht over zorggebruik**

Met de APS ondersteunt Achmea huisartsen in hun rol als spil in de integrale zorgketen, volgens Achmea. Dit kan vervolgens bijdragen aan kostenbeheersing zonder dat dit ten kosten gaat van de kwaliteit, zo is de veronderstelling van Achmea. Het past op die manier bij de ambitie van Achmea om samen met huisartsen de rol van huisartsen in het gehele zorgproces te versterken. Achmea onderscheidt drie rollen van huisartsen die hierbij van belang zijn: beoordelaar, gids en behandelaar (Achmea, 2011).

Als beoordelaar kan een huisarts bijdragen aan een lagere zorgvraag door onnodige diagnostiek, behandeling en verwijzing te voorkomen (zie propositie 1 in tabel 3.1). Op het gebied van kwaliteit kan hij als beoordelaar bijdragen door niet te laat te verwijzen en volgens richtlijnen te diagnosticeren (zie propositie 2 en 3 in tabel 3.1).

Door het zorgaanbod in de eerste lijn beter op elkaar af te stemmen, dalen de kosten (zie propositie 4 en 5 in tabel 3.1), volgens Achmea. Een huisarts kan hier als gids een rol in spelen. Door betere afstemming, zullen patiënten minder vaak naar de duurdere tweede lijn gaan. Deze substitutie kan een huisarts ook stimuleren door vaker door te verwijzen naar zorgverleners in de eerste lijn. Met zijn verwijsgedrag kan een huisarts ook een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg, door te verwijzen naar zorgverleners die hoge kwaliteit van zorg bieden (zie propositie 6 in tabel 3.1). Naast zijn verwijsgedrag kan de huisarts ook invloed hebben op de zorg die zijn patiënten gebruiken door zijn patiënten op te voeden (zie propositie 7 in tabel 3.1). Patiënten die weten wat bepaalde zorg kost en wat de kwaliteit van verschillende zorgverleners is, namelijk, worden verondersteld eerder te kiezen voor goedkope zorg van goede kwaliteit.

Door zelf te behandelen kan een huisarts bijdragen aan substitutie van tweede naar eerste lijn. Daarnaast kan hij als behandelaar bijdragen aan substitutie van specialité medicatie naar generieke

medicatie door zijn voorschrijfgedrag (zie propositie 8 in tabel 3.1). Hij kan als behandelaar een bijdrage leveren aan hoge therapietrouw, weinig medicatie-incidenten en het volgen van richtlijnen. Op deze manier draagt een huisarts bij aan de kwaliteit van zorg.

*Tabel 3.1 Propositions over de rol van huisartsen in de integrale zorgketen*

..	Als huisartsen doelmatiger doorverwijzen, dan zullen minder patiënten het ziekenhuis bezoeken en zal de zorg goedkoper worden (lagere zorgvraag)	Achmea 2012 (p.4)
1.	Als huisartsen diagnosticeren volgens richtlijnen, dan verbetert de kwaliteit van zorg	Achmea 2011
1.	Als huisartsen niet te laat verwijzen, dan verbetert de kwaliteit van zorg	Achmea 2011
1.	Als het zorgaanbod in de eerste lijn beter afgestemd wordt, dan dalen de kosten per patiënt	Achmea 2012 (p.2)
1.	Als er samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ontstaan, dan zal de zorg kwalitatief beter worden	Achmea, 2012 (p.3)
1.	Als huisartsen verwijzen naar zorgverleners die hoge kwaliteit zorg bieden, verbetert de kwaliteit van zorg	
1.	Als huisartsen hun patiënten opvoeden, dan zullen patiënten niet voor alles naar een (duurdere) zorgverlener gaan (substitutie en lagere zorgvraag) en zal de zorg goedkoper worden	Achmea 2012 (p.2)
1.	Als huisartsen doelmatig voorschrijven, dan zullen minder patiënten specialité medicijnen gebruiken en zal de zorg goedkoper worden (substitutie)	Achmea 2012 (p.4)

Achmea veronderstelt dat inzicht in het zorggebruik van patiënten huisartsen kan ondersteunen in hun rol als beoordelaar, behandelaar en gids. De APS biedt huisartsen dit inzicht. In de APS kan een huisarts zien of het zorggebruik van zijn patiënten afwijkt van een verwachting op basis van een landelijk gemiddelde, gecorrigeerd voor kenmerken van de populatie van de huisartsenpraktijk. Achmea verwacht dat als “huisartsen zien dat zij veel meer doorverwijzen of voorschrijven dan anderen [dat] hun eigen gedrag [beïnvloedt] (Achmea, 2012) (zie propositie 9 in tabel 3.2). Gedrag heeft hier betrekking op de huisarts als behandelaar, als gids en als beoordelaar. Het is volgens Achmea belangrijk dat een huisarts ziet dat hij afwijkt, maar ook dat hij begrijpt waardoor de afwijking is ontstaan. Achmea veronderstelt dat geen gedragsverandering zal optreden als hij een afwijking ziet, maar niet begrijpt wat de oorzaak ervan is (zie propositie 10 in tabel 3.2).

Een belangrijke voorwaarde om de APS te laten werken is het ‘benchmarken’ van de informatie die aan de huisarts gepresenteerd wordt (zie propositie 9 in tabel 3.2). Zonder benchmark kan een huisarts zijn gedrag namelijk niet vergelijken met het gedrag van anderen.

Als huisartsen inzicht hebben in waar het zorggebruik van zijn patiënten afwijkt, dan hoeft dit niet automatisch tot gedragsverandering te leiden. De kans op gedragsverandering is volgens Achmea groter als alternatieve gedragsopties aan de huisarts aangeboden worden. Als de huisarts ziet wat hij anders kan doen, is de kans groter dat hij zijn gedrag aanpast (zie propositie 11 in tabel 3.2). Hierbij spelen ‘best practices’ een belangrijke rol. Best practices zijn bepaalde behandelingswijzen of bepaalde kennis die gebleken effectief zijn. Relatiemanagers kunnen door middel van gesprekken met huisartsen best practices opdoen en vervolgens verspreiden onder andere huisartsen. Achmea veronderstelt dat als gevolg daarvan huisartsen hun gedrag aan zullen passen waardoor kosten zullen dalen. Op deze manier kan Achmea huisartsen ondersteunen in hun rol als behandelaar.

De kans op gedragsverandering groeit volgens Achmea ook door in een afspraak vast te leggen welke acties hun huisarts zou kunnen nemen om een gevonden afwijking te verkleinen (zie propositie 12 in tabel 3.2). Afspraken kunnen zowel betrekking hebben op acties die huisartsen kunnen nemen als op acties van Achmea. Waar mogelijk wil Achmea huisartsen ondersteunen bij het uitvoeren deze afspraken.

Het is volgens Achmea belangrijk om aan huisartsen te laten zien wat de resultaten zijn van hun gedragsverandering, zodat zij in de toekomst ook open zullen staan voor gedragsverandering (zie propositie 13 in tabel 3.2). Het is dus belangrijk om in een volgend APS-gesprek duidelijk te maken of en wat het effect is van de gedragsverandering.

*Tabel 3.2 Proposities over het effect van de APS op het gedrag van huisartsen*

1.	Als een huisarts zich bewust is van afwijkingen in zijn eigen gedrag, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	Achmea 2012 (p.3)
0.	Als een huisarts begrijpt waarom hij afwijkt, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	Achmea, 2011 (p.8)
1.	Als een huisarts gedragsalternatieven (keuzes) heeft, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	Achmea 2011 (p.8)
2.	Als er concrete verbeterafspraken gemaakt worden, dan zal er een effect gerealiseerd worden	Achmea 2012 (p.2)
3.	Als een huisarts weet wat de resultaten van zijn gedragsverandering zijn, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	Achmea 2011 (p.8)

Kortom, de APS draagt volgens Achmea bij aan lagere kosten en gelijkblijvende of hogere kwaliteit door huisartsen inzicht te geven in hoe het zorggebruik van hun patiënten afwijkt van het zorggebruik van patiënten in andere praktijken. Dit ondersteunt hen in hun rol als gids, beoordelaar en behandelaar. Op die manier helpt het huisartsen en Achmea om samen de rol van de huisarts te versterken.

Als huisartsen zien dat het zorggebruik van hun patiënten afwijkt van dat van andere vergelijkbare praktijken, dan verwacht Achmea gedragsverandering met als gevolg lagere kosten. Om de kans op gedragsverandering te vergroten zouden huisartsen alternatieve gedragsopties moeten hebben en zouden afspraken gemaakt moeten worden over mogelijke acties die een huisarts of Achmea kan ondernemen.

### **3.2.2 Het vertrouwen van huisartsen in Achmea vergroten**

Het tweede doel dat Achmea met de APS nastreeft is het verbeteren van de relatie tussen huisartsen en haarzelf. Aan de APS ligt, in de woorden van Achmea, een “partnershipmodel” ten grondslag (Achmea, Jaar onbekend). Dit heeft als voordeel dat Achmea “als vertrouwd partner meer invloed [krijgt] op zorgverleners”, en dus huisartsen (Achmea, 2012) (propositie 14 in tabel 3.3). Achmea vindt dat samenwerking met huisartsen nodig is om de zorg voor verzekerden te verbeteren. Voor deze samenwerking is wederzijds vertrouwen nodig, volgens Achmea.

Door vragen van huisartsen te beantwoorden verwacht Achmea dat de relatie met huisartsen verbetert. Als vragen niet beantwoord worden, zullen huisartsen “minder open staan voor nieuwe boodschappen [van Achmea]” (Achmea, 2011) (zie propositie 15 in tabel 3.3).

De APS draagt volgens Achmea bij aan een betere relatie met huisartsen, doordat het resulteert in een “individuele, inhoudelijke relatie” met huisartsen (Achmea, Jaar onbekend). In deze relatie

moet gelijkheid en respect centraal staan: huisartsen mogen geen druk ervaren en afspraken moeten als suggesties besproken worden (Achmea, 2011). Doordat er met de APS een betere balans komt tussen het halen van informatie en het geven van informatie aan huisartsen, wordt de relatie met Achmea voor de huisarts waardevoller, zo verwacht Achmea. Na de implementatie van de APS brengt Achmea namelijk inzicht in het zorggebruik van hun patiënten in de vorm van de APS. Achmea veronderstelt dat dit de relatie met Achmea voor huisartsen waardevoller maakt (Achmea, 2011) (zie propositie 16 in tabel 3.3). Als gevolg daarvan verwacht Achmea dat het vertrouwen van huisartsen in Achmea zal toenemen.

*Tabel 3.3 Proposities over het effect van de APS op het vertrouwen van huisartsen*

14.	Als een huisarts vertrouwen heeft in Achmea, dan heeft Achmea meer invloed op zijn gedrag	Achmea 2012, p.1
15.	Als Achmea in staat is om vragen die een huisarts tijdens APS-gesprekken stelt te beantwoorden, dan staat die huisarts meer open staan voor feedback van Achmea	Achmea 2011, p.22
16.	Als de relatie met Achmea voor een huisarts waardevol is, dan zal het vertrouwen van die huisarts in Achmea toenemen	Achmea 2011, p.7
17.	Als de informatie niet-beoordelend gebracht wordt dan verbetert de relatie tussen Achmea en een huisarts	Achmea 2011 (p.7)
18.	Als een huisarts telkens door eenzelfde relatiemanager bezocht wordt, dan verbetert de relatie tussen die huisarts en Achmea	Achmea 2012 (p.3; impliciet)

De relatie met huisartsen krijgt door de APS niet alleen meer inhoud, maar wordt ook intensiever. Relatiemanagers bespreken de APS namelijk met huisartsen. Hierdoor neemt het aantal contacten tussen individuele huisartsen en medewerkers van Achmea toe. Als gevolg daarvan verwacht Achmea dat het vertrouwen van huisartsen in Achmea toeneemt.

Er zijn volgens Achmea twee kenmerken waaraan een APS-gesprek moet voldoen om bij te dragen aan een groei van het vertrouwen van huisartsen in Achmea: de informatie mag niet beoordelend gebracht worden en een huisarts moet zoveel mogelijk door de zelfde relatiemanager worden bezocht. Beoordelende informatie zou een negatieve invloed hebben op de relatie tussen de huisarts en Achmea (zie propositie 17 in tabel 3.3).

Bezoek door dezelfde relatiemanager is volgens Achmea van belang om de relatie tussen Achmea en de huisarts te verbeteren (zie propositie 18 in tabel 3.3).

### 3.3 Invoeringscondities

In deze paragraaf komen de condities waaronder de APS volgens Achmea bijdraagt aan het oplossen van deze problemen aan bod. De eerste conditie wordt door Achmea expliciet genoemd, de overige twee zijn door de onderzoekers afgeleid.

#### 3.3.1 Tijdsduur

Achmea heeft bij het ontwikkelen van de APS rekening gehouden met een tijdshorizon tot 2020. In de eerste jaren na de introductie van de APS verwacht Achmea nauwelijks effecten, maar na twee jaar dienen de eerste effecten zichtbaar te zijn. De effecten worden in de jaren erna groter, waarna ze aan het eind van de tijdshorizon stabiliseren. Hieruit blijkt dat Achmea verwacht dat de APS een bepaalde tijdsduur nodig heeft, waarna effecten optreden. Zonder de benodigde tijdsduur zal de APS niet tot de gewenste effecten leiden.

### ***3.3.2 Mate waarin huisartsen zich bewust zijn van gevolgen en afwijkingen gedrag***

De APS kan alleen tot de gewenste effecten leiden als de deelnemende huisartsen zich onbewust waren van de gevolgen en afwijkingen van hun eigen gedrag op kosten en kwaliteit van zorg, voordat ze deelnamen aan de APS. De APS draagt volgens Achmea namelijk bij aan het bereiken van haar doelen doordat het huisartsen wijst op afwijkingen. Als huisartsen zich al bewust zijn van de manier waarop hun gedrag en het gedrag van hun patiëntenpopulatie afwijkt dan zullen de effecten van de APS beperkt zijn. De APS zal alleen tot gedragsverandering leiden als een huisarts afwijkt van andere huisartsen. Als er geen verschillen zijn zal een huisarts zijn gedrag niet aanpassen.

### ***3.3.3 Mogelijkheden voor huisartsen om eigen gedrag en gedrag patiënten te beïnvloeden***

De APS kan alleen tot effect leiden als huisartsen in staat zijn om hun eigen gedrag en het gedrag van hun patiënten en andere zorgverleners aan te passen. Als er belemmeringen zijn voor het aanpassen van hun eigen gedrag, bijvoorbeeld gebrek aan kennis om bepaalde zorg te verlenen, of als huisartsen niet in staat zijn het gedrag van patiënten te beïnvloeden dan zullen gewenste effecten niet optreden.

## 4 De wetenschappelijke evidentie voor de Achmea PraktijkStatus

In dit hoofdstuk zal de wetenschappelijke evidentie voor de beleidstheorie gepresenteerd worden. De resultaten die in dit hoofdstuk besproken worden zijn gebaseerd op een literatuurstudie. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de literatuurstudie beknopt besproken. Een uitgebreide beschrijving van de resultaten is te vinden in bijlage 1. De indeling van het hoofdstuk is gebaseerd op de drie tabellen met proposities in het vorige hoofdstuk.

### 4.1 Proposities over de rol van huisartsen in de integrale zorgketen

In deze paragraaf worden de proposities over de rol van huisartsen in de integrale zorgketen besproken.

*Als de huisarts doelmatiger doorverwijst, dan bezoeken minder patiënten het ziekenhuis en zal de zorg goedkoper worden (propositie 1)*

In het Nederlandse zorgstelsel spelen huisartsen een poortwachtersrol (Schellevis en Westert, 2004). Dit houdt in dat zij de toegang tot de tweede lijn bewaken. Hierdoor heeft het verwijsgedrag van de huisarts invloed op het ziekenhuisbezoek van zijn patiëntenpopulatie. Echter de toegang tot ziekenhuizen wordt niet volledig gecontroleerd door huisartsen. Patiënten kunnen het ziekenhuis bijvoorbeeld bereiken via de spoed eisende hulp, de bedrijfsarts of tandarts (Van Dijk et al., 2013).

Welk deel van de patiënten na verwijzing door een huisarts in de tweede lijn terecht komt is niet bekend. Wel is bekend dat er veel variatie tussen huisartspraktijken is in het aantal verwijzingen naar de tweede lijn (Van Dijk et al., 2013). Er lijkt ruimte voor substitutie te zijn. Als huisartsen minder snel gaan verwijzen is het de vraag of patiënten eerder via andere wegen naar de tweede lijn gaan. Daarnaast kan restrictiever verwijsbeleid er ook toe leiden dat een initiële eenvoudige klacht een complexe zorgvraag wordt, waardoor uiteindelijk toch naar de tweede lijn verwezen moet worden. Als gevolg hiervan kunnen de kosten van de behandeling duurder uitvallen dan wanneer de patiënt meteen naar de tweede lijn verwezen zou zijn. De evidentie voor deze propositie is dus tegenstrijdig.

*Als huisartsen diagnosticeren volgens richtlijnen, dan verbetert de kwaliteit van zorg (propositie 2)*

Uit onderzoek blijkt dat, in Nederland, richtlijnen effectief kunnen zijn bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg vooral op het gebied van het proces en de organisatie van zorg (Lugtenberg et al., 2009). Naar de effecten op de uitkomsten van zorg is minder onderzoek gedaan en de uitkomsten van het onderzoek dat gedaan is, is minder consistent (Lugtenberg et al., 2009). Op basis hiervan concluderen we dat wanneer huisartsen volgens richtlijnen declareren de manier waarop zorg geleverd wordt verbetert, maar dat dit niet altijd terug te zien is in de uitkomsten van zorg. Er is dus enige evidentie voor deze veronderstelling in de beleidstheorie.

*Als huisartsen niet te laat verwijzen verbetert de kwaliteit van zorg (propositie 3)*

Er is geen wetenschappelijke evidentie gevonden voor deze propositie.

*Als het zorgaanbod in de eerste lijn beter afgestemd wordt, dan dalen de kosten per patiënt (propositie 4)*

De effecten van samenwerking en afstemming zijn onderzocht met behulp van het concept *relational coordination*<sup>1</sup>. Deze vorm van samenwerking houdt in dat zorgverleners gedeelde doelen hebben, kennis delen en frequent communiceren op een probleemoplossende manier (Havens et al., 2010). De resultaten van de literatuurstudie laten zien dat er indicaties zijn dat deze vorm van samenwerking het zorgproces (Cramm en Nieboer, 2012; Wrobel et al., 2003) en uitkomsten op het gebied van kosten (Gittell et al., 2000) positief beïnvloedt. Op basis hiervan concluderen we dat er enige evidentie is dat de kosten per patiënt dalen als het zorgaanbod in de eerste lijn beter wordt afgestemd (propositie 3).

*Als er samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ontstaan, dan wordt de zorg kwalitatief beter (propositie 5)*

Samenwerking in de zin van *relational coordination* kan ook bijdragen aan kwalitatief betere zorg (Gittell et al., 2000; Havens et al., 2010). Daarnaast blijkt ook dat huisartsen die actief zijn in farmacotherapeutisch overleg (FTO) tussen huisartsen en apothekers betere kwaliteit van zorg leveren (Eimers et al., 2008). Op basis hiervan concluderen we dat er enige evidentie is dat de kwaliteit van zorg verbetert als het zorgaanbod in de eerste lijn beter wordt afgestemd (propositie 4).

*Als huisartsen verwijzen naar zorgverleners die hoge kwaliteit zorg bieden, verbetert de kwaliteit van zorg (propositie 6)*

Er is geen wetenschappelijke evidentie gevonden voor deze propositie.

*Als de huisarts zijn patiënten opvoedt, dan gaan patiënten niet voor alles naar een (duurdere) zorgverlener (substitutie) en wordt de zorg goedkoper (propositie 7)*

Achmea verwacht met de APS substitutie te genereren en daardoor kosten te verlagen. De APS laat huisartsen namelijk zien welke kosten gepaard gaan met het zorggebruik van patiënten. Als huisartsen deze informatie gebruiken om patiënten op te voeden door hun meer kosten- en kwaliteitsbewust te maken, zal volgens Achmea substitutie optreden. Kosten- en kwaliteitsbewuste patiënten zullen namelijk eerder zorg willen van kwalitatief goede eerstelijns zorgverleners. Over de mate waarin huisartsen in staat zijn om patiënten naar eerstelijns zorgverleners te sturen door middel van opvoeding is geen literatuur gevonden. Over de mate waarin substitutie bijdraagt aan lagere kosten wel. Substitutie leidt tot lagere zorgkosten als daadwerkelijk sprake is van substitutie en niet slechts van het creëren van extra zorg in de eerste lijn, zonder dat daar minder zorg in de tweede lijn tegenover staat. Daarnaast moet de prijs voor de behandeling in de eerste lijn lager liggen dan in de tweede lijn om substitutie bij te laten dragen aan lagere kosten. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat er mogelijkheden zijn voor substitutie (Van Dijk et al., 2013). Uit dit onderzoek blijkt dat substitutie, volgens zorgverleners, alleen zal optreden als er aan een aantal voorwaarden voldaan is. Ten eerste moet de huisarts inzicht hebben in zijn verwijsgedrag (Van Dijk et al., 2013). Ten tweede moet er een goede relatie zijn tussen zorgverleners in de eerste lijn en zorgverleners in de tweede lijn (Van Dijk et al., 2013). Ten derde moeten huisartsen voldoende

---

<sup>1</sup> Andere opties die overwogen zijn, zijn 'integrated care' en 'coordinated care'. De eerste optie is niet gekozen, omdat integratie verder gaat dan de samenwerking die verondersteld wordt in de APS-beleidstheorie. 'Coordinated care' is niet gekozen, omdat dit concept focust op coördinatie door de patiënt met behulp van een coördinator die de patiënt helpt met communiceren met artsen en het zoeken van geschikte zorgaanbieders.

kennis hebben om taken uit de tweede lijn over te nemen (Van Dijk et al., 2013).

De APS komt tegemoet aan de eerste voorwaarde door huisartsen informatie te geven over hun verwijsgedrag. Aan de tweede voorwaarde wordt in de beleidstheorie deels voldaan, omdat er nadruk wordt gelegd op samenwerking. Deze samenwerking dient volgens Achmea echter vooral in de eerste lijn plaats te vinden. De derde omstandigheid komt niet terug in de beleidstheorie achter de APS: er wordt niets gezegd over de kennis die huisartsen moeten hebben om taken uit de tweede lijn over te nemen.

#### *Als huisartsen meer generiek voorschrijven in plaats van specialité medicijnen zal de zorg goedkoper worden (propositie 8)*

Op basis van de literatuurstudie concluderen wij dat er enige evidentie is voor de veronderstelling dat meer generiek voorschrijven tot lagere kosten leidt. Het voorschrijven van generieke medicijnen leidt tot goedkopere zorg, wanneer generieke medicijnen (medicijnen op stofnaam) goedkoper zijn dan specialité medicijnen (medicijnen op merknaam). Hoewel in Nederland veruit het vaakst generieke medicijnen voorgeschreven worden, bestaat het grootste deel van de kosten van medicatie uit specialité medicijnen (Vinkers, 2013). Daarnaast zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen de afgelopen jaren als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en afspraken tussen de farmaceutische industrie en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met ongeveer 90% gedaald (Griens, 2013). Meer specifieke gegevens over het verschil in kosten tussen generieke en specialité medicatie zijn niet gevonden voor Nederland. Uit bovenstaande gegevens is af te leiden dat generieke medicijnen goedkoper zijn dan specialité medicijnen en dat het voorschrijven van meer generieke medicijnen tot goedkopere zorg zal leiden.

Daarnaast blijkt echter ook dat substitutie van generiek naar specialité kan leiden tot lagere therapietrouw, wat in de definitie van Achmea kan leiden tot lagere kwaliteit van zorg (Vinkers, 2013).

## **4.2 Proposities over het effect van de APS op het gedrag van huisartsen**

In deze paragraaf zal de wetenschappelijke evidentie voor de proposities over het effect van de APS op het gedrag van huisartsen besproken worden.

#### *Als de huisarts zich bewust is van afwijkingen in zijn eigen gedrag, dan past hij zijn gedrag aan (propositie 9)*

De evidentie voor deze propositie is onderzocht door het effect van benchmarken op de effectiviteit van feedback te analyseren. Met benchmarken wordt het vergelijken van de prestatie van de ontvanger van feedback met de prestaties van vakgenoten (peers) bedoeld.

Op basis van de analyse van de wetenschappelijke literatuur is tegenstrijdige evidentie voor deze propositie gevonden. Twee reviews over benchmarks in feedback voor medische professionals vinden conflicterend bewijs voor de effectiviteit van vergelijkingen (Ivers et al., 2012; Jamtvedt et al., 2006a). Een review over benchmarks in feedback in het algemeen vindt positieve effecten (Alvero et al., 2001). Ook de niet-review artikelen geven een tegenstrijdig beeld: twee onderzoeken vonden geen effect en twee onderzoeken vonden een positief effect (Buntinx et al., 1993; Kiefe et al., 2001; Schneider et al., 2008). Gino en Staats (2011) vinden dat benchmarken effectief kan zijn,



maar alleen als de ontvanger van feedback ziet dat hij het slechter doet in vergelijking met de actoren met wie hij vergeleken wordt.

Dat in de reviews geen eenduidig effect gevonden wordt van benchmarken komt mogelijk doordat er geen onderscheid is gemaakt in wie de feedback ontvangt. Uit onderzoek blijkt namelijk dat niet iedereen gevoelig is voor afwijkingen van eigen gedrag ten opzichte van dat van anderen. Voor deze groep is vergelijkende feedback minder effectief dan voor de groep mensen die hun gedrag wel vergelijken met anderen en niet slechter of beter willen presteren (Anseel et al., 2011).

*Als de huisartsen begrijpen waarom zij afwijken, dan zal hij zijn gedrag aanpassen (propositie 10)*

Er is geen evidentie gevonden die in gaat op de relatie tussen de mate waarin een ontvanger van feedback begrijpt waarom hij afwijkt van de verwachting en de effectiviteit van feedback.

*Als de huisarts gedragsalternatieven (keuzes) heeft, dan zal hij zijn gedrag aanpassen (propositie 11)*

In de literatuur zijn onderzoeken naar het effect van drie soorten alternatieve gedragsopties onderscheiden: 1) best practices; 2) correcte oplossingen; en 3) academic detailing.

Best practices zijn alternatieve gedragsopties die ontleend zijn aan voorbeelden van andere medische professionals. Er is één onderzoek gevonden dat het effect van het verspreiden van best practices vergeleek met het alleen geven van feedback, waarin geen verschillen werden gevonden tussen de groep die best practices ontving en de groep die geen best practices ontving (Ornstein et al., 2004).

Correcte oplossingen houden in dat de ontvanger van feedback informatie ontvangt over de manier waarop prestaties verbeterd kunnen worden (Hysong, 2009). Twee reviews behandelen het effect van correcte oplossingen. Beide reviews komen tot de conclusie dat correcte oplossingen een positief effect hebben op de effectiviteit van feedback (Hysong, 2009; Kluger en DeNisi, 1996). Bij academic detailing ontvangt een arts in een gesprek recente wetenschappelijke kennis over een bepaald geneeskundig onderwerp. Er zijn vier artikelen geanalyseerd die het effect van academic detailing op feedback onderzoeken, waarvan drie onderzoeken positieve effecten rapporteren (Avorn et al., 1992; McClellan, 2004; Mold et al., 2008) en één onderzoek gemengde effecten (Siriwardena et al., 2002).

Uit bovenstaande onderzoeken blijkt dat het aanbieden van alternatieve gedragsopties lijkt bij te dragen aan een significant sterkere gedragsverandering dan feedback alleen.

Op basis van de literatuurstudie concluderen wij dat er stevige wetenschappelijke evidentie is voor deze propositie.

*Als er concrete verbeterafspraken gemaakt worden, dan zal er een effect gerealiseerd worden (propositie 12)*

Wetenschappelijke evidentie voor het effect van het maken van afspraken is gezocht in de vorm van evidentie voor het effect van het stellen van doelen (goal-setting). De resultaten van de literatuurstudie wijzen uit dat er enige wetenschappelijke evidentie is voor het effect van het maken van afspraken. Van de vijf reviews die geanalyseerd zijn, vinden drie een positief effect van goal-setting (Archer, 2010; Ivers et al., 2012; Smither et al., 2005), één vindt een positief maar niet significant effect (Kluger en DeNisi, 1996). Eén review vindt dat 29% van de studies waarin feedback aangevuld wordt met goal-setting consistent positieve resultaten oplevert, en dat 57%

van de studies gemengde resultaten laten zien (Alvero et al., 2001). In vergelijking met feedback alleen is deze score minder goed: 47% van deze studies laat een consistent positief effect zien en 53% een gemengd effect.

*Als de huisarts weet wat de resultaten van zijn gedragsverandering zijn, dan zal hij zijn gedrag aanpassen (propositie 13)*

Er is enige evidentie voor het effect van monitoring. Eén van de gevonden studies vond een positief effect van feedback en monitoring, maar vergelijkt dit niet met het effect van feedback alleen (Petitti et al., 2000). Een andere studie laat zien dat monitoring door een externe actor effectiever is dan zelf-monitoring als het gaat om het beperken van het energiegebruik van huishoudens (Van Houwelingen en Van Raaij, 1989).

### **4.3 Proposities over het effect van de APS op het vertrouwen van huisartsen**

In deze paragraaf wordt de wetenschappelijke evidentie voor de proposities over de relatie tussen feedback en vertrouwen gepresenteerd.

*Als huisartsen vertrouwen hebben in Achmea, dan zal Achmea meer invloed hebben op hun gedrag (propositie 14)*

De resultaten van de literatuurstudie laten zien dat er stevige wetenschappelijke evidentie is voor de relatie tussen vertrouwen en effectiviteit van feedback. Geloofwaardigheid (*credibility*) van de zender vergroot het effect van feedback op het gedrag van de ontvanger (Bradley et al., 2004; Ilgen et al., 1979; Kinicki et al., 2004; Veloski et al., 2006). Daarnaast blijkt dat naarmate de zender als meer betrouwbaar (*trustworthy*) wordt gezien en zijn motieven en intenties meer worden vertrouwd het effect van feedback op gedragsverandering groter is (Fedor et al., 1989; Ilgen et al., 1979).

Een andere indicatie dat vertrouwen de effectiviteit van feedback beïnvloedt, is dat feedback van peers (collega medische professionals) tot meer effect leidt dan feedback van niet-peers (Van den Hombergh et al., 1999). Dit wordt mogelijk verklaard door het hogere vertrouwen dat ontvangers hebben in peers dan in niet-peers.

*Als Achmea in staat is om vragen die huisartsen tijdens APS-gesprekken stellen te beantwoorden, dan staan huisartsen meer open voor feedback van Achmea (propositie 15)*

Het goed beantwoorden van vragen wordt gezien als een dimensie van vertrouwen in zorgverzekeraars en is opgenomen in vragenlijsten die gebruikt worden om het vertrouwen van verzekerden in zorgverzekeraars te meten (Hendriks et al., 2007; Zheng et al., 2002). Hierboven is al beargumenteerd dat er stevige wetenschappelijke evidentie is voor de relatie tussen vertrouwen en de effectiviteit van feedback.

*Als de relatie met Achmea voor de huisarts waardevol is, dan neemt het vertrouwen van de huisarts in Achmea toe (propositie 16)*

Uit de literatuur over inkoop blijkt dat er een positief verband is tussen de waarde van een relatie en de mate waarin beide partijen elkaar vertrouwen (Moliner, 2009; Ulaga en Eggert, 2006). De waarde die de APS toevoegt aan de relatie tussen Achmea en de huisarts is het geven van

informatie over zijn medische gedrag. Of het krijgen van dergelijke informatie ook door een huisarts als waardevol wordt gezien is uit de literatuur niet bekend.

Op basis van bovenstaande bevindingen concluderen wij dat er enige wetenschappelijke evidentie is voor de invloed van een waardevolle relatie op vertrouwen.

*Als de informatie niet-beoordelend gebracht wordt dan verbetert de relatie tussen Achmea en de huisarts (propositie 17)*

Op basis van de literatuurstudie concluderen wij dat er geen wetenschappelijke evidentie is voor het effect van het niet-beoordelend brengen van informatie op de relatie tussen een huisarts en Achmea. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt namelijk dat het geven van beoordelingen een positieve relatie kan hebben op vertrouwen. Veel onderzoek dat dit aantoont heeft echter als onderwerp de relatie tussen leidinggevende en onderschikte binnen organisaties (Mayer en Davis, 1999; Rousseau et al., 1998). Uit dit onderzoek blijkt dat het belangrijk is dat beoordelingen aansluiten bij wat door de beoordeelde gezien wordt als relevante beoordelingscriteria (Mayer en Davis, 1999).

Over het algemeen ontstaat vertrouwen als partijen aan elkaars verwachtingen voldoen (Rousseau et al., 1998). In de relatie tussen leidinggevende en ondergeschikte kunnen beoordelingen verwacht worden waardoor beoordelingen acceptabel gevonden worden. Voor de relatie tussen huisartsen en zorgverzekeraars kan dit anders zijn. Vanuit dat oogpunt is het dus belangrijk om te weten wat de verwachting van huisartsen is ten aanzien van de relatie met Achmea.

Uit de literatuur blijkt ook dat het beoordelende karakter van feedback invloed heeft op de mate waarin feedback leidt tot gedragsverandering. Het beoordelende karakter wordt bepaald door de manier waarop de feedback gebracht wordt en welke consequenties er aan verbonden worden (Hysong et al., 2006). In twee reviews wordt expliciet ingegaan op de effecten van het bestraffende karakter van feedback. Beide reviews concluderen dat feedback die op een beoordelende manier gebracht wordt minder effectief is dan feedback die niet-beoordelend gebracht wordt (Hysong, 2009; Ivers et al., 2012).

*Als huisartsen telkens door dezelfde relatiemanager bezocht worden, dan verbetert de relatie tussen de huisarts en Achmea (propositie 18)*

Het effect van dat een huisarts telkens bezocht wordt door dezelfde relatiemanager is onderzocht door het effect van herhaalde interactie te analyseren. Herhaalde actie kan leiden tot 'relational trust', waarin emoties en gehechtheid een grotere rol spelen dan in vormen van vertrouwen die meer calculatief zijn, wat wil zeggen dat ze gebaseerd zijn op een rationele afweging over het te verwachten gedrag van de ander (Rousseau et al., 1998). De mate waarin hulpbronnen uitgewisseld worden, beide partijen risico's nemen en verwachtingen ingelost worden, beïnvloeden de mate waarin herhaalde interactie tot vertrouwen leidt.

Herhaalde interactie kan dus leiden tot meer vertrouwen in de persoon met wie geïnteracteed wordt, in dit geval de relatiemanager. Uit de literatuur blijkt dat het vertrouwen in *boundary spanning individuals*, in dit geval relatiemanagers, samenhangt met het vertrouwen in de organisatie waaraan deze individuen gekoppeld zijn (Zaheer et al., 1998). Hetzelfde onderzoek waarschuwt er echter voor vertrouwen in individuen niet als hetzelfde te beschouwen als vertrouwen in organisaties waarin die individuen verbonden zijn. Interpersoonlijk vertrouwen leidt

bijvoorbeeld niet tot minder conflicten tussen onderhandelaars van beide organisaties, maar vertrouwen tussen organisaties wel (Zaheer et al., 1998).

Op basis van bovenstaande bevindingen concluderen we dat er enige evidentie is voor de veronderstelling dat het vertrouwen van huisartsen in Achmea zal toenemen als zij telkens bezocht worden door dezelfde relatiemanager.

#### **4.4 Wetenschappelijke evidentie voor de rol van de invoeringscondities**

In deze paragraaf wordt de wetenschappelijke evidentie voor de invoeringscondities besproken.

##### **4.4.1 Tijdsduur**

De tijdsduur van feedback kwam in drie reviews aan bod. Twee reviews vinden een positief effect van tijdsduur op de effectiviteit van feedback (Ivers et al., 2012; Veloski et al., 2006). De andere review kwam tot de conclusie dat effectiviteit van feedback groot is als complexe taken lang gemonitord worden. Voor simpele taken heeft tijdsduur geen effect op de effectiviteit van feedback (Kluger en DeNisi, 1996).

Als we ervan uitgaan dat de taken van huisartsen als complex aangemerkt mogen worden, dan is er stevige evidentie voor de conditie dat feedback over een langere periode gegeven moet worden om het effectief te laten zijn.

##### **4.4.2 Kostenbewustzijn onder huisartsen**

Er is vrij veel onderzoek gedaan naar het kostenbewustzijn van (huis)artsen, maar niet in Nederland. Uit dit onderzoek blijkt dat (huis)artsen niet goed zijn in het inschatten van kosten van medicijnen (Allan et al., 2007). Kosten van dure medicijnen worden over het algemeen te laag ingeschat en de kosten van goedkope medicijnen te hoog (Allan et al., 2007).

Vergelijkbare resultaten worden gevonden in onderzoeken die zich richten op de mate waarin huisartsen in staat zijn kosten van medicijnen in te schatten (Glickman et al., 1994; Silcock et al., 1997; Walzak et al., 1994).

Op basis van bovenstaande bevindingen concluderen we dat er stevige evidentie is voor deze invoeringsconditie.

Uit de nulmeting van het vertrouwen van huisartsen in Achmea in het kader van de evaluatie van de APS (Masman et al., 2012) blijkt dat 59% van de huisartsen denkt dat zij de kosten van medicijnen goed in kunnen schatten. Een derde van de huisartsen geeft aan dat zij de kosten die patiënten maken nadat zij verwezen zijn door huisartsen, goed in kunnen schatten (Masman et al., 2012). Vooral het percentage huisartsen dat verwacht de kosten van medicijnen goed in te kunnen schatten wijkt af van wat in onderzoek gevonden wordt over hoe accuraat huisartsen.

#### **4.4.3 Mogelijkheden voor huisartsen om eigen gedrag aan te passen**

Uit de literatuurstudie blijkt dat de haalbaarheid van gedragsverandering de effectiviteit van feedback beïnvloedt (Smither et al., 2005). Als een huisarts geen mogelijkheden ziet voor gedragsverandering, dan zal feedback niet effectief zijn. De literatuurstudie heeft geen resultaten opgeleverd waaruit afgeleid kan worden in welke mate huisartsen barrières zien in de haalbaarheid van gedragsverandering. Er is dus geen evidentie.

### **4.5 Overige omstandigheden die de effectiviteit van feedback beïnvloeden**

In voorgaande paragraaf is de wetenschappelijke evidentie voor de proposities in de beleidstheorie achter de APS besproken. Sommige bevindingen uit de literatuurstudie sloten niet goed aan op de proposities in de beleidstheorie maar zijn toch relevant voor de effectiviteit van feedback. Deze bevindingen worden in deze paragraaf besproken.

#### **4.5.1 Tijdigheid**

Tijdigheid kan op twee manieren opgevat worden: 1) de feedback wordt gegeven vlak na het fenomeen waar feedback over gegeven wordt; en/of 2) de feedback wordt gegeven vlak voor een beslissing genomen moet worden. Medische professionals geloven dat feedback dat vlak na het fenomeen waarover feedback gegeven wordt, effectiever is dan feedback die minder tijdig is (Bradley et al., 2004). Uit onderzoek blijkt dat wanneer feedback vlak na het fenomeen waar het betrekking op heeft inderdaad effectiever is (Ilgen et al., 1979; Mugford et al., 1991). Voor de APS betekent dit dat de periode waarover de feedback gaat zo dicht mogelijk moet liggen bij het moment waarop de feedback met de huisarts besproken wordt.

#### **4.5.2 Frequentie**

Er zijn drie reviews gevonden die het effect van frequentie onderzochten. De eerste review laat zien dat naarmate feedback vaker gegeven wordt, het effectiever is (Hysong, 2009). De tweede review vindt dat feedback die maandelijks gegeven wordt, effectiever is dan feedback dat minder frequent gegeven wordt (Ivers et al., 2012). Er wordt niet expliciet vermeld of in die maandelijkse feedback eerdere afspraken gemonitord dienen te worden. Ook de meta-review van (Hysong, 2009) laat zien dat naarmate feedback frequenter wordt gegeven, het effect ervan toeneemt. Kluger en DeNisi (1996) vinden in hun review juist dat een hogere frequentie leidt tot minder effect van feedback, maar corrigeren in hun onderzoek niet voor lengte van de studieperiode. Voor de APS betekent dit dat naarmate de huisarts vaker in een jaar bezocht wordt met feedback, de effectiviteit ervan toe zal nemen.

#### **4.5.3 Richting van feedback**

Uit de literatuurstudie blijkt ook dat de richting van de feedback in combinatie met het zelfvertrouwen van de ontvanger en de complexiteit van de taak waarover feedback gegeven wordt de effectiviteit van feedback beïnvloeden. Kluger en DeNisi (Kluger en DeNisi, 1996) vinden dat zowel positieve feedback als feedback die bedreigend is voor het gevoel van eigenwaarde een positief effect heeft op de relatie tussen feedback en gedragsverandering. Dat is mogelijk te

verklaren doordat mensen met een hoog zelfvertrouwen negatieve feedback toeschrijven aan externe factoren en mensen met een laag zelfvertrouwen aan zichzelf (Nease et al., 1999; Silver et al., 1995). Een ander onderzoek vindt dat alleen als complex gedrag uitgevoerd wordt, positieve feedback leidt tot betere prestaties (Vancouver en Tischner, 2004). Voor de APS betekent dit dat relatiemanagers de manier waarop ze feedback presenteren moeten afstemmen op de huisarts. Huisartsen met veel zelfvertrouwen zullen negatieve feedback toeschrijven aan hun omgeving en daardoor hun gedrag niet veranderen. Om voor deze huisartsen de kans op gedragsverandering te vergroten moet positieve feedback gegeven worden.

#### **4.5.4 Doelen van de ontvanger**

Als de doelen van de zender en de ontvanger uiteen lopen kan de ontvanger de feedback anders interpreteren dan de zender bedoeld heeft (Archer, 2010). Met andere woorden, als de doelen van de zender en ontvanger overeenkomen is de kans groter dat er voor de zender gewenste gedragsverandering optreedt bij de ontvanger, dan als de doelen niet overeenkomen. Voor de APS betekent dit dat het belangrijk is dat huisartsen, net als Achmea ook de kosten van zorg willen beheersen en hun relatie met Achmea willen verbeteren. Als dit niet het geval is zal de APS niet effectief zijn.

#### **4.5.5 Baseline performance van ontvanger**

De prestaties voorafgaand aan de feedbackinterventie is een moderator van het effect van feedback op gedragsverandering, zo blijkt uit de literatuur. In een review over de effecten van audit en feedback op het gedrag van medische professionals concluderen Jamtvelde et al. (2007) dat het effect van feedback bij medische professionals met een lage 'baseline performance' sterker is dan het effect bij professionals die een goede score hebben voorafgaand aan de interventie. Dit is te verklaren doordat er bij professionals die voorafgaand aan de interventie al een goede score hebben op de uitkomstvariabele, minder te verbeteren valt. Te verwachten is dus dat de APS bij huisartsen die (veel) meer kosten maken dan verwacht effectiever is dan bij huisartsen die niet veel afwijken van de verwachte kosten.

#### **4.5.6 Instemming van ontvanger met feedback**

Uit verschillende onderzoeken blijkt ook dat het belangrijk is dat de ontvanger van feedback instemt met deelname aan de feedbackinterventie en gemotiveerd is. In een review van artikelen die de effectiviteit van feedback onderzoeken, tonen (Mugford et al., 1991) aan dat artsen die ingestemd hadden met het ontvangen van feedback meer gedragsverandering laten zien dan artsen die (nog) niet ingestemd hadden. (Van der Veer et al., 2010) voerden een review uit naar welke feedbackmethoden worden toegepast in de medische wereld. Zij concluderen dat gemotiveerde feedbackontvangers meer gedragsverandering laten zien dan niet-gemotiveerde ontvangers. Ook de houding ten aanzien van feedback is van invloed: ontvangers die positiever staan tegenover feedback laten zich eerder beïnvloeden door feedback dan ontvangers die negatief staan tegenover feedback (Smither et al., 2005).

Deelname aan de APS is vrijwillig. Huisartsen die deelnemen zullen dus waarschijnlijk gemotiveerd zijn om mee te doen. Waar relatiemanagers echter constateren dat de motivatie bij huisartsen ontbreekt om bij te dragen aan kostenbeheersing en het verbeteren van de relatie met Achmea kan verwacht worden dat de APS minder effectief is.

## 5 Conclusie

Met de invoering van de zorgverzekeringswet is de rol van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel veranderd. Van hen wordt verwacht dat zij optreden als onderhandelingspartner van zorgaanbieders en invloed uitoefenen op hun gedrag van om de kosten van zorg te beheersen en kwaliteit te vergroten. Zorgverzekeraars kunnen invloed uitoefenen door contracten, eigenaarschap en de informele relatie met zorgaanbieders. Feedback kan gebruikt worden om zorgaanbieders via de informele relatie te beïnvloeden. Achmea doet dit met huisartsen via de Achmea PraktijkStatus.

In dit rapport zijn de resultaten van het onderzoek naar de beleidstheorie van Achmea en de wetenschappelijke evidentie voor deze beleidstheorie, beschreven. De hoofdvragen die met dit rapport beantwoord zijn, luiden:

- Welk probleem wil Achmea met de Achmea PraktijkStatus oplossen en welke veronderstellingen zijn er over de werking van de APS?
- Is er wetenschappelijke evidentie voor de werking van de APS?

### 5.1 Het probleem en de APS als oplossing

De APS is ontwikkeld om bij te dragen aan de oplossing van twee problemen: stijgende kosten van zorg en een relatie tussen huisartsen en Achmea die niet bijdroeg aan het creëren van waarde voor huisartsen, patiënten en Achmea.

Achmea verwacht dat de APS huisartsen ondersteunt bij het uitvoeren van hun rol als spil in de zorgketen, doordat het hen inzicht geeft in het zorggebruik van patiënten. Hierdoor kan kostenbeheersing optreden, terwijl de kwaliteit van zorg verbetert of gelijk blijft. Volgens Achmea kunnen huisartsen als beoordelaar, behandelaar en gids invloed uitoefenen op de kosten en kwaliteit van zorg die hun patiënten gebruiken. Zo kunnen ze patiënten bijvoorbeeld doorverwijzen naar zorgverleners die doelmatige zorg van hoge kwaliteit bieden. Ook kunnen ze 'patiënten opvoeden' zodat zij niet voor alles naar een (dure) zorgverlener gaan, bijvoorbeeld.

Om invloed uit te kunnen oefenen op de kosten en kwaliteit van zorg die hun patiënten gebruiken, moeten huisartsen wel inzicht hebben in dat zorggebruik, zo veronderstelt Achmea. De APS biedt hen dat inzicht. Hierdoor kan de APS de huisarts ondersteunen in zijn rollen als beoordelaar, behandelaar en gids. De kosten die een patiënt van een huisartsenpraktijk maakt worden vergeleken met een benchmark. Achmea verwacht dat wanneer een huisarts ziet dat zijn gedrag afwijkt van de benchmark, hij zijn gedrag aan zal passen. Achmea veronderstelt dat dit vervolgens bij zal dragen aan kostenbeheersing en kwaliteit van zorg. In dit proces wil Achmea samen optrekken met huisartsen en hun waar nodig en mogelijk ondersteunen bij het doorvoeren van (gedrags)veranderingen.

De Achmea PraktijkStatus kan volgens Achmea ook bijdragen aan een hoger vertrouwen van huisartsen in Achmea. Dat de APS huisartsen inzicht geeft in het zorggebruik van hun patiënten, maakt de relatie met Achmea voor huisartsen waardevoller, zo veronderstelt Achmea. Als gevolg



daarvan zal het vertrouwen van huisartsen volgens Achmea toenemen. Daarnaast verwacht Achmea dat de APS bijdraagt aan vertrouwen, omdat het met huisartsen besproken wordt in gesprekken met relatiemanagers. Als gevolg hiervan heeft Achmea via haar relatiemanagers vaker contact met individuele huisartsen. Dit zal volgens Achmea bijdragen aan het vertrouwen van huisartsen. De verwachting van Achmea is dat wanneer de APS niet beoordelend wordt gebracht en de huisarts steeds bezocht wordt door dezelfde relatiemanager, het vertrouwen in Achmea toeneemt. Meer vertrouwen is vooral een middel: Achmea verwacht dat naarmate huisartsen meer vertrouwen hebben in haar, de samenwerking tussen Achmea en huisartsen beter zal verlopen. Deze samenwerking is volgens Achmea nodig om de zorg te verbeteren.

## 5.2 Wetenschappelijke evidentie

De wetenschappelijke evidentie voor de beleidstheorie is onderzocht aan de hand van proposities die de beleidstheorie van Achmea vormen. In onderstaande tabel wordt per propositie aangegeven in welke mate er wetenschappelijke evidentie voor is (zie tabel 5.1.A tot en met tabel 5.1.C). Wanneer er stevige wetenschappelijke evidentie is voor een propositie, dan wordt dit aangegeven met twee plustekens (++). Eén plusteken (+) betekent enige wetenschappelijke evidentie. Bij tegenstrijdige evidentie zal een plusminusteken ( $\pm$ ) gebruikt worden. Negatieve wetenschappelijke evidentie zal aangeduid worden met een minteken (-). Als er geen evidentie is gevonden voor een propositie zal een vraagteken (?) gebruikt worden.

*Tabel 5.1.A Overeenkomst en discrepantie tussen beleidstheorie en wetenschappelijke literatuur*

Propositie	Evidentie	Uitleg
1. Als huisartsen doelmatiger doorverwijzen, dan zullen minder patiënten het ziekenhuis bezoeken en zal de zorg goedkoper worden (lagere zorgvraag)	$\pm$	Restrictiever verwijzen kan leiden tot kostenbesparingen, maar ook tot uitgestelde zorg en meer zelfverwijzingen
2. Als huisartsen diagnosticeren volgens richtlijnen, dan verbetert de kwaliteit van zorg	+	
3. Als huisartsen niet te laat verwijzen, dan verbetert de kwaliteit van zorg	?	
4. Als het zorgaanbod in de eerste lijn beter afgestemd wordt, dan dalen de kosten per patiënt	+	Als samenwerking gebaseerd is op gezamenlijke doelen, kennisuitwisseling en een frequente, probleemoplossende manier van communiceren, dan draagt het bij aan hogere kwaliteit en lagere kosten
5. Als er samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ontstaan, dan zal de zorg kwalitatief beter worden	+	Idem
6. Als huisartsen verwijzen naar zorgverleners die hoge kwaliteit zorg bieden, verbetert de kwaliteit van zorg	?	
7. Als huisartsen hun patiënten opvoeden, dan zullen patiënten niet voor alles naar een (duurdere) zorgverlener gaan (substitutie en lagere zorgvraag) en zal de zorg goedkoper worden	$\pm$	Substitutie kan leiden tot lagere kosten, maar ook tot dubbele zorg. Huisartsen moeten de vaardigheden hebben om substitutie plaats te kunnen laten vinden
8. Als huisartsen doelmatig voorschrijven, dan zullen minder patiënten specialité medicijnen gebruiken en zal de zorg goedkoper worden (substitutie)	+	



Wat betreft de proposities over de rol van de huisarts is evidentie gevonden voor de invloed van samenwerking op kosten en kwaliteit. Het effect van het verwijsgedrag van huisartsen op substitutie en lagere zorgvraag is gemengd. Mogelijk leidt dit tot lagere kosten, maar eventuele toegang tot de tweede lijn langs andere wegen dan huisartsen en complexer wordende klachten kunnen ook voor hogere kosten zorgen.

*Tabel 5.1.B Overeenkomst en discrepantie tussen beleidstheorie en wetenschappelijke literatuur*

Propositie	Evidentie	Uitleg
9. Als een huisarts zich bewust is van afwijkingen in zijn eigen gedrag, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	±	Afhankelijk van de motivatie van de huisarts: intrinsiek of vergelijkend
10. Als een huisarts begrijpt waarom hij afwijkt, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	?	Hier is geen wetenschappelijke evidentie over gevonden
11. Als een huisarts gedragalternatieven (keuzes) heeft, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	++	Vooraf het bieden van informatie over de 'correcte oplossing' vergroot de effectiviteit van feedback
12. Als er concrete verbeterafspraken gemaakt worden, dan zal er een effect gerealiseerd worden.	+	De meeste reviews vinden een positief effect van goal-setting op de effectiviteit van feedback
13. Als een huisarts weet wat de resultaten van zijn gedragsverandering zijn, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	+	Hoewel er weinig wetenschappelijke literatuur is over dit onderwerp, wijst de literatuur die wij gevonden hebben op een positief effect van monitoring door een externe partij

Vergelijkende feedback blijkt vooral effectief te zijn bij mensen die hun motivatie halen uit vergelijkingen met anderen. Voor de effectiviteit van feedback is het niet zozeer belangrijk dat een huisarts weet waarom hij afwijkt, maar wel wat het doel is en hoe hij het doel kan behalen. Hiervoor zijn alternatieve gedragsopties en het maken en monitoren van afspraken belangrijk. Ook is het belangrijk dat de doelen van de huisarts en Achmea overeenkomen. Als dat niet het geval is, ziet Achmea mogelijk ergens een discrepantie tussen doel en feedback waar de huisarts geen discrepantie en dus geen aanleiding tot gedragsverandering ziet.

*Tabel 5.1.C Overeenkomst en discrepantie tussen beleidstheorie en wetenschappelijke literatuur*

Propositie	Evidentie	Uitleg
14. Als een huisarts vertrouwen heeft in Achmea, dan heeft Achmea meer invloed op zijn gedrag	++	Als feedback van een vertrouwde bron komt, is de kans op acceptatie en gedragsverandering groter
15. Als Achmea in staat is om vragen die een huisarts tijdens APS-gesprekken stelt te beantwoorden, dan staat die huisarts meer open staan voor feedback van Achmea	++	Het beantwoorden van vragen wordt gezien als dimensie van vertrouwen en draagt in die zin bij aan de effectiviteit van feedback
16. Als de relatie met Achmea voor een huisarts waardevol is, dan zal het vertrouwen van die huisarts in Achmea toenemen	+	Waardevolle relaties leiden tot vertrouwen
17. Als de informatie niet-beoordelend gebracht wordt dan verbetert de relatie tussen Achmea en een huisarts	?	Afhankelijk van de verwachting over en acceptatie van huisarts over beoordeling door huisarts
18. Als een huisarts telkens door eenzelfde relatiemanager bezocht wordt, dan verbetert de relatie tussen die huisarts en Achmea	+	Herhaalde interactie draagt bij aan vertrouwen in personen en dat hangt samen met vertrouwen in organisaties

Feedback is effectiever als het komt van een vertrouwde bron. Afhankelijk van de verwachting van de huisarts kan het geven van beoordelingen het vertrouwen in Achmea vergroten of verkleinen. Wanneer een huisarts steeds door dezelfde relatiemanager bezocht wordt, is de kans groter dat het vertrouwen van de huisarts in de relatiemanager toeneemt. Dit vergroot de kans dat de huisarts meer vertrouwen krijgt in Achmea. Ook het toevoegen van waarde aan de relatie met Achmea voor de huisarts kan leiden tot meer vertrouwen.

### 5.3 Het vergroten van de effectiviteit van feedback

Feedback kan een effectieve manier zijn voor zorgverzekeraars om gedrag van zorgaanbieders te beïnvloeden. Er is weinig literatuur over de effectiviteit van feedback van zorgverzekeraars richting zorgaanbieders, en zover bij ons bekend maar één internationaal voorbeeld van deze vorm van feedback (Kaiser Permanente in de Verenigde Staten) (Paxton et al., 2012).

De effectiviteit van feedback wordt beïnvloedt door kenmerken van de zender en ontvanger van feedback en feedback zelf. Om de effectiviteit van de APS op de kosten van zorg te vergroten is het belangrijk om rekening te houden met kenmerken van huisartsen. Zo is de kans op een effect kleiner voor huisartsen die minder kosten dan verwacht maken, zeker als deze huisartsen zichzelf niet vergelijken met andere huisartsen. Daarnaast is het belangrijk om de mate waarin huisartsen de hulpmiddelen hebben om substitutie en een lagere zorgvraag te bewerkstelligen in de gaten te houden. Als huisartsen die niet over de nodige hulpbronnen beschikken hierin ondersteund worden, dan zal het effect van de APS groter zijn. Daarnaast moet voor de effectiviteit van feedback rekening worden gehouden met tijdigheid en timing van feedback: feedback die vlak voor of na de handeling waar het betrekking op heeft gegeven wordt is effectiever dan feedback die later (of eerder) gegeven wordt. Ook is feedback die frequent gegeven wordt effectiever dan feedback die eenmalig gegeven wordt.

Wat betreft de doelen van Achmea is het belangrijk om oog te hebben voor mogelijke tegenstrijdigheden. Zo blijkt uit onderzoek dat generiek voorschrijven tot lagere kosten kan leiden, maar ook tot lagere therapietrouw, wat de kwaliteit van zorg negatief kan beïnvloeden. Dit komt niet overeen met het doel van Achmea dat lagere kosten niet lagere kwaliteit als gevolg mag hebben.

## Literatuur

- Achmea. *Ontwikkeling Achmea PraktijkStatus*. Leiden: Achmea, 2011
- Achmea. *Kleine kinderen worden groot: De 'Consultatiebureaufase' van de Achmea PraktijkStatus*. Leiden: Achmea, 2012
- Allan GM, Lexchin J, Wiebe N. Physician awareness of drug cost: a systematic review. *PLoS Med*, 2007; 4(9):283
- Alvero AM, Bucklin BR, Austin J. An objective review of the effectiveness and essential characteristics of performance feedback in organizational settings (1985-1998). *J Organiz Behav Manag*, 2001; 21(1):3-29
- Anseel F, Lievens F. The mediating role of feedback acceptance in the relationship between feedback and attitudinal and performance outcomes. *Int J Selection Assess*, 2009; 17(4):362-76
- Anseel F, Yperen NW van, Janssen O, Duyck W. Feedback type as a moderator of the relationship between achievement goals and feedback reactions. *J Occup Organiz Psychol*, 2011; 84(4):703-22
- Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. *Med Educ*, 2010; 44(1):101-8
- Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, et al.. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *New Engl J Med*, 1992; 327(3):168-73
- Bartholomé Y, Maarse H. Health insurance reform in the Netherlands. *Eurohealth-London*, 2006; 12(2):7
- Bradley EH, Holmboe ES, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, Krumholz HM. Data feedback efforts in quality improvement: lessons learned from US hospitals. *Qual Safety Health Care*, 2004; 13(1):26-31
- Buntinx F, Knottnerus JA, Crebolder HF, Seegers T, Essed GG, Schouten H. Does feedback improve the quality of cervical smears? A randomized controlled trial. *Brit J Gen Pract*, 1993; 43(370):194
- Cramm JM, Nieboer AP. Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. *Health Care Manag Rev*, 2012; 37(4):301-9
- Dijk C van, Korevaar J, Jong J de, Koopmans B, Dijk M van, Bakker D de. *Kennisvraag: ruimte voor substitutie? Verwachtingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg*. Utrecht: NIVEL, 2013
- Dyer JH, Chu W. The determinants of trust in supplier-automaker relationships in the US, Japan and Korea. *J Int Business Stud*, 2000; 31(2):259-85
- Eimers M, Aalst A van der, Pelzer B, Teichert M, Wit H de. Leidt een goed FTO tot beter voorschrijven? *Huisarts Wetensch*, 2008; 51(7):340-5

- Fedor DB, Eder RW, Buckley MR. The contributory effects of supervisor intentions on subordinate feedback responses. *Organiz Behav Human Decis Processes*, 1989; 44(3):396-414
- Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw JM, Baker R. (2005). What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 2005; 5(1):50
- Gino F, Staats BR. *Driven by social comparisons: how feedback about coworkers' effort influences individual productivity*. Boston: Harvard Business School, 2011
- Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, et al.. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*, 2000; 38(8):807-19
- Glickman L, Bruce EA, Caro FG, Avorn J. Physicians' knowledge of drug costs for the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1994; 42:992-6
- Griens AMGF. *Data en feiten 2013*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2013
- Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*, 2007; 77(1):81-112
- Havens DS, Vasey J, Gittell JH, Lin WT. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *J Nurs Manag*, 2010; 18(8):926-37
- Hendriks M, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. Het meten van vertrouwen in de zorgverzekeraar: psychometrische eigenschappen van een Nederlandse vragenlijst. *TSG*, 2007; 85(5):280-6
- Hombergh P van den, Grol R, Hoogen HJ van den, Bosch WJ van den. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Qual Health Care*, 1999; 8(3):161-6
- Houwelingen JH van, Raaij WF van. The effect of goal-setting and daily electronic feedback on in-home energy use. *J Consum Res*, 1989; 98-105
- Hysong S J. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Med Care*, 2009; 47(3):356-63
- Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implement Sci*, 2006; 1(9):5-3
- Ilggen DR, Fisher CD, Taylor MS. Consequences of individual feedback on behavior in organizations. *J Appl Psychol*, 1979; 64(4):349
- Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, et al.. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 6
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006a; 2(2)

- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Safety Health Care*, 2006b; 15(6):433-6
- Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback. *JAMA*, 2001; 285(22):2871-9
- Kinicki AJ, Prussia GE, Wu B, McKee-Ryan FM. A covariance structure analysis of employees' response to performance feedback. *J Appl Psychol*, 2004; 89(6):1057-69
- Klein Woolthuis R, Hillebrand B, Nootboom B. Trust, contract and relationship development. *Organiz Stud*, 2005; 26(6):813-40
- Kluger AN, DeNisi, A. The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychol Bull*, 1996; 119(2):254
- Laing AW, Lian PCS. Inter-organisational relationships in professional services: towards a typology of inter-organisational relationships. *J Serv Mark*, 2005; 19(2):114-28
- Lee HL, Whang S. Information sharing in a supply chain. *Int J Manufact Techn Manag*, 2000; 1(1):79-93
- Leeuw FL. Policy theories, knowledge utilization, and evaluation. *Knowl Technol Polic*, 1991; 4(3):73-91
- Leeuw FL. Reconstructing program theories: Methods available and problems to be solved. *Am J Eval*, 2003; 24(1):5-20
- Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Safety Health Care*, 2009; 18(5):385-92
- Masman W, Verheij R, Jong J de. *De relatie tussen huisarts en zorgverzekeraar: de meningen van huisartsen ten aanzien van hun werk, de relatie met en het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea Zorg en Gezondheid in het bijzonder*. Utrecht: NIVEL, 2012
- Mayer RC, Davis JH. The effect of the performance appraisal system on trust for management: A field quasi-experiment. *J Applied Psychol*, 1999; 84(1):123
- McClellan WM. A Randomized Evaluation of Two Health Care Quality Improvement Program (HCQIP) Interventions to Improve the Adequacy of Hemodialysis Care of ESRD Patients: Feedback Alone versus Intensive Intervention. *J Am Soc Nephrol*, 2004; 15(3):754-60
- Mold JW, Aspy CA, Nagykaldi, Z. Implementation of evidence-based preventive services delivery processes in primary care: an oklahoma physicians resource/research network (OKPRN) study. *J Am Board Fam Med*, 2008; 21(4):334-44
- Moliner MA. Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *J Serv Manag*, 2009; 20(1):76-97
- Monczka R, Petersen KJ, Handfield RB. Success factors in strategic supplier alliances: They buying company perspective. *Decis Sci*, 1998; 29(3):553-77

- Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ*, 1991; 303(6799):398
- Nease AA, Mudgett BO, Quiñones MA. Relationships among feedback sign, self-efficacy, and acceptance of performance feedback. *J Applied Psychol*, 1999; 84(5):806
- O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, et al.. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007; 4(4)
- Ornstein S, Jenkins RG, Nietert PJ, Feifer C, Roylance LF, et al.. A multimethod quality improvement intervention to improve preventive cardiovascular care cluster randomized trial. *Ann Int Med*, 2004; 141(7):523-32
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*, 1995; 153(10):1423
- Paxton EW, Inacio MC, Kiley ML. The Kaiser Permanente implant registries: effect on patient safety, quality improvement, cost effectiveness, and research opportunities. *Perm J*, 2012 ; 16(2) :36-44
- Petitti DB, Contreras R, Ziel FH, Dudl J, Domurat ES, Hyatt JA. Evaluation of the effect of performance monitoring and feedback on care process, utilization, and outcome. *Diabetes Care*, 2000; 23(2):192-6
- Rousseau DM, Sitkin SB, Burt RS, Camerer C. Not so different after all: a cross discipline view of trust. *Acad of Manage Rev*, 1998; 23(3):393-404
- Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Grol RPTM, Groenewegen PP, et al.. Nog altijd poortwachter: rol en positie huisarts opnieuw in kaart gebracht. *Med Contact*, 2004
- Schneider A, Wensing M, Biessecker K, Quinzler R, Kaufmann-Kolle P, Szecsenyi J. Impact of quality circles for improvement of asthma care: results of a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*, 2008; 14(2):185-90
- Schut FT, Ven WPMM van de. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: Is the glass half full of half empty? *Health Econ Pol Law*, 2011; 6:109-23
- Silcock J, Ryan M, Bond CM, Taylor RJ. The cost of medicines in the United Kingdom A survey of general practitioners' opinions and knowledge. *Pharm Econom*, 1997; 11(1):56-63
- Silver WS, Mitchell TR, Gist ME. Responses to successful and unsuccessful performance: the moderating effect of self-efficacy on the relationship between performance and attributions. *Organiz Behav Human Decis Processes*, 1996; 62(3):286-99
- Siriwardena AN, Rashid A, Johnson MRD, Dewey ME. Cluster randomised controlled trial of an educational outreach visit to improve influenza and pneumococcal immunisation rates in primary care. *B J Gen Pract*, 2002; 52(482):735
- Smither JW, London M, Reilly RR. Does performance improve following multisource feedback? A theoretical model, meta-analysis, and review of empirical findings. *Person Psychol*, 2005; 58(1):33-66

- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Memorie van Toelichting*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal, 29 763 CongRec, 2004
- Ulaga W, Eggert A. Relationship value and relationship quality: Broadening the nomological network of business-to-business relationships. *Eur J Market*, 2006; 40(3/4):311-27
- Vancouver JB, Tischner EC. The effect of feedback sign on task performance depends on self-concept discrepancies. *J Appl Psychol*, 2004; 89(6):1092
- Veer SN van der, Keizer NF de, Ravelli AC, Tenkink S, Jager KJ. Improving quality of care: A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. *Int J Med Inform*, 2010; 79(5):305-23
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance\*: BEME Guide No7. *Med Teacher*, 2006; 28(2):117-28
- Vinkers M. Generieke geneesmiddelen substitutie vermindert therapietrouw. *Huisarts Wetensch*, 2013; 56(5):199
- Walzak D, Swindells S, Bhardwaj A. Primary care physicians and the cost of drugs: a study of prescribing practices based on recognition and information sources. *J Clin Pharmac*, 1994; 34(12):1159-63
- Williamson OE. Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *J Law Econ*, 1979; 22(2):233-61
- Wrobel JS, Charns MP, Diehr P, Robbins JM, Reiber GE, Bonacker KM, Pogach L. The relationship between provider coordination and diabetes-related foot outcomes. *Diabetes Care*, 2003; 26(11):3042-7
- Zaheer A, McEvily B, Perrone V. Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. *Organiz Sci*, 1998; 9(2):141-59
- Zheng B, Hall MA, Dugan E, Kidd KE, Levine D. Development of a scale to measure patients' trust in health insurers. *HSR Health Serv Res*, 2002; 37(1):185-200

## Bijlage 1 Overzicht literatuurstudie

Titel	Auteurs	Jaar	Design en onderwerp	Omschrijving interventie	Uitkomsten interventie
<i>Reviews</i>					
An objective review of the effectiveness and essential characteristics of performance feedback in organizational settings	Alvero et al.	2001	Review, feedback algemeen	Goal-setting Zender Vorm Frequentie Ontvanger Privacy Benchmarken	Minder effectief dan feedback alleen Meest consistente positieve effect door leidinggevende en onderzoeker Meest consistente positieve effect door grafisch en geschreven en grafisch en mondeling Meest consistente positieve effect door maandelijkse feedback Meest consistente positieve effect door feedback in een groep Meest consistente positieve effect door niet-publieke feedback
State of the science in health professional education: effective feedback	Archer	2010	Review, feedback medische professionals	Gesprek met getrainde feedback-gever Timing Goal-setting Geloofwaardige bron Relatie met persoonlijke doelen ontvanger	Positief effect op niveau van individu en groep Positief effect Effect afhankelijk van prestaties ontvanger en complexiteit taak Positief effect, omdat het de relevantie van feedback duidelijk maakt Positief effect Positief effect
What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review	Foy et al.	2005	Meta-review	NVT	Op basis van de huidige literatuur is moeilijk te bepalen hoe effectieve feedback eruit ziet.



Titel	Auteurs	Jaar	Design en onderwerp	Omschrijving interventie	Uitkomsten interventie
The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory.	Kluger, A. N., en DeNisi, A.	1996	Review, feedback algemeen	Goal-setting	Positief effect, niet significant
				Richting (positief of negatief - beoordeling)	Geen effect
				Correcte oplossing informatie	Positief effect
				Negatieve feedback	Negatief effect
				Praise	Negatief effect
				Verbaal	Negatief effect
				Digitale feedback	Positief effect
				Effect op eigenwaarde	Positief effect
The Power of Feedback	Hattie en Timperley	2007	Review, feedback algemeen (leerlingen)	Tijdigheid	Feedback over taakuitvoering: direct na uitvoering taak
				Richting (positief of negatief)	Feedback over leer strategieën: met vertraging
				Onderwerp (taak, persoon)	Afhankelijk van zelfvertrouwen, afhankelijk van onderwerp waar feedback op gericht is (taak, persoon)
Meta-Analysis Audit and Feedback Features Impact Effectiveness on Care Quality	Hysong	2009	Review, feedback medische professionals	Correct solution information	Gemengd, zowel positief als negatief effect
				Grafische feedback	Negatief effect
				Geschreven feedback	Positief effect
				Mondelinge feedback	Negatief effect
				Groep versus. individuele feedback	Beiden positief effect
				Publieke feedback	Geen effect
				Normatieve informatie	Geen effect
				Feedback frequentie	Positief effect

Titel	Auteurs	Jaar	Design en onderwerp	Omschrijving interventie	Uitkomsten interventie
Consequences of individual feedback on behavior in organizations.	Ilgen, D. R. <i>et al</i>	1979	Review, algemeen	Tijdigheid  Richting  Frequentie Geloofwaardigheid en vertrouwen in zender Consistentie van feedback Leeftijd van ontvanger	Gemengd effect. Mogelijk beïnvloed door feedbackrichting (negatieve feedback werkt beter als het vertraagd gegeven wordt). Feedback heeft meer effect als het vlak voor de actie waarover het gaat gegeven wordt. Positieve feedback over het algemeen effectiever. Effect wordt beïnvloed door zelfvertrouwen ontvanger Positief effect Positief effect op acceptatie van feedback Positief effect Negatief effect
Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes.	Ivers, N., <i>et al</i>	2012	Review (Cochrane), medische professionals	Actieplan (goal-setting) Punitieve karakter (beoordeling) Tijdsduur	Positief effect Niet-punitief is effectiever dan punitief Positief effect
Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes	Jamtvedt, G., <i>et al</i>	2006	Review (Cochrane), medische professionals	Follow-up periode Combinatie met andere interventies Benchmarken	Gemengd effect Gemengd effect Geen effect
Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback	Jamtvedt, G. <i>et al</i>	2006b	Review, medische professionals		<i>Zie resultaten Jamtvedt (2006)</i>
Effects of feedback of information on clinical practice: a review	Mugford, M. <i>et al</i>	1991	Review, medische professionals	Toestemming feedbackontvanger Tijdigheid (vlak voor besluitmoment)	Positief effect Positief effect

Titel	Auteurs	Jaar	Design en onderwerp	Omschrijving interventie	Uitkomsten interventie
				Educatieve ondersteuning van feedback	Gemengd effect
Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes	O'Brien, M. A. <i>et al</i>	2007	Review, medische professionals	Educational outreach visits	EOV's hebben een klein maar potentieel belangrijk effect op voorschrijfgedrag. Effect op ander gedrag van medische professionals is klein tot middelgroot. EOV's hebben een klein additioneel effect op feedback alleen.
No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice	Oxman, A. D.	1995	Review, medische professionals	EOV's	Positief effect op voorschrijven en gebruik preventie
Does performance improve following multisource feedback? A theoretical model, meta-analysis and review of empirical findings	Smither, J. W. <i>et al</i>	2005	Review, feedback algemeen	Feedback	Gemengd effect
				Feedback laat zien dat verandering nodig is	Positief effect
				Verandering is haalbaar volgens ontvanger	Positief effect
				Ontvanger staat positief tegenover feedback	Positief effect
				Ontvanger stelt doelen	Positief effect
				Ontvanger onderneemt actie om vaardigheden te verbeteren	Positief effect
Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers.	van der Veer, S. N. <i>et al</i>	2010	Review, medische professionals		Feedback heeft vooral effect op het zorgproces. Het effect op uitkomsten is minder duidelijk.
Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance	Veloski, J. <i>et al</i>	2006	Review, medische professionals	Duratie	Positief effect, sterk bewijs
				Geloofwaardigheid zender	Positief effect, sterk bewijs
				Actieve betrokkenheid ontvanger	Positief effect, zwak bewijs
				Tijdigheid	Positief effect, zwak bewijs

Titel	Auteurs	Jaar	Design en onderwerp	Omschrijving interventie	Uitkomsten interventie
				Hoeveelheid informatie	Positief effect, zwak bewijs
				Combinatie met andere interventies	Positief effect, zwak bewijs
<i>Overige studies</i>					
The mediating role of feedback acceptance in the relationship between feedback and attitudinal and performance outcomes.	Anseel, F., en Lievens, F.	2009	Acceptatie van feedback, empirisch		Geaccepteerde feedback heeft een positief effect op prestaties
Feedback type as a moderator of the relationship between achievement goals and feedback reactions.	Anseel, F., et al	2011	Motivatie en benchmarken, empirisch		Mensen die intrapersoonlijk gemotiveerd zijn reageren negatiever op vergelijkende feedback dan mensen die interpersoonlijk (vergelijkend) gemotiveerd zijn.
A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes.	Avorn, J. et al	1992	Academic detailing, empirisch	Aanbieden van alternatieve gedragsopties in educatieve bijeenkomsten	Positief effect, vergeleken met interventiegroep
Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice.	Borgiel, A., et al	1999	Educational interventions, empirisch		Geen effect
Data feedback efforts in quality improvement: lessons learned from US hospitals	Bradley, E. H., et al	2004	Benchmarken Empirisch		Artsen geven aan een positief effect te verwachten
Factors predicting differences among general practitioners in test ordering behaviour and in the response to feedback on test requests.	Bugter-Maessen, A. M. A., et al	1996	Feedback, empirisch		Positief effect
Does feedback improve the quality of cervical smears? A randomized controlled trial	Buntinx, F., et al	1993	Benchmarken Empirisch		Positief effect
The contributory effects of supervisor intentions on subordinate feedback responses.	Fedor D.B. et al	1989	Vertrouwen (intenties), empirisch		Positief effect op effectiviteit feedback

Titel	Auteurs	Jaar	Design en onderwerp	Omschrijving interventie	Uitkomsten interventie
Driven by Social Comparisons: How Feedback about Coworkers' Effort Influences Individual Productivity	Gino, F. <i>et al</i>	2011	Richting Empirisch	Directe feedback: aangeven dat iemand in de bovenste of onderste regionen zit vergeleken met collega's Indirecte feedback: aangeven dat iemand <i>niet</i> in de bovenste of onderste regionen zit vergeleken met collega's.	<i>Positief effect:</i> Directe negatieve feedback <i>Negatief effect:</i> Indirecte negatieve feedback <i>Geen effect:</i> Positieve feedback
Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable.	Hysong S. <i>et al</i>	2006	Frequentie, punitieve karakter en afstemming op ontvanger, empirisch	Interviews met feedbackontvangers	Positief effect van frequentie Niet-punitieve feedback is effectiever Geïndividualiseerde feedback is effectiever
A Covariance Structure Analysis of Employees' Response to Performance Feedback.	Kinicki, A. J. <i>et al</i>	2004	Geloofwaardigheid van bron, Empirisch		Positief effect
Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback	Kiefe, C., <i>et al</i>	2001	Benchmarken Empirisch	Controlegroep ontving een multimodale interventie inclusief feedback. Interventiegroep ontving dezelfde interventie plus haalbare benchmarks.	Positief effect
Using an office system intervention to increase breast cancer screening	Kinsinger, L. S. <i>et al</i>	1998	Feedback en ondersteuning Empirisch	Interventiegroep ontving feedback over borstkankerscreening en ondersteuning bij het veranderen van de organisatie om het gebruik van screening te vergroten	Klein effect op gebruik van screening

<b>Titel</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Jaar</b>	<b>Design en onderwerp</b>	<b>Omschrijving interventie</b>	<b>Uitkomsten interventie</b>
Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care.	Moher, M. <i>et al</i>	2001	Feedback, empirisch	Audit groep: samenvatting van de resultaten van een audit Huisartsengroep: dezelfde audit informatie en herinnering Verpleegstergroep: dezelfde audit informatie en herinnering	Positief effect van herinnering
Effectiveness of feedback to physicians in reducing inappropriate use of hospitalization: a study in a Spanish hospital.	Moya-Ruiz, C.	2002	Feedback, empirisch	Gesprekken tussen management van een ziekenhuis en medische staf waarin percentages en redenen voor onnodig verblijf in ziekenhuizen werden besproken	Positief effect op onnodig verblijf dat toegeschreven kan worden aan de arts
A clustered randomized trial of the effects of feedback using academic detailing compared to postal bulletin on prescribing of preventative cardiovascular therapy	Naughton, C. <i>et al</i>	2007	Academic detailing, empirisch	Controlegroep: feedback en alternatieve gedragsopties via post Interventiegroep: academic detailing (presentatie gebaseerd op document dat controlegroep via post ontving).	Beide groepen laten een positief effect zien. Er is geen additioneel effect van academic detailing
Relationships among feedback sign, self-efficacy, and acceptance of performance feedback.	Nease, A. A. <i>et al</i>	1999	Richting, zelfvertrouwen ontvanger, empirisch		Mensen met een hoog zelfvertrouwen accepteren negatieve feedback na verloop van tijd minder. Dit effect treedt niet op bij mensen met een laag zelfvertrouwen
Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia.	O'Connell, D. L. <i>et al</i>	1999	Geschreven, ongevraagd, niet-geïndividualiseerd, empirisch		Er is geen effect van geschreven, opgestuurde, ongevraagde en niet-geïndividualiseerde feedback.
Trust and the communication of performance appraisal information: The effect of feedback on performance and job satisfaction	O'Reilly, C. A., en Anderson, J. C.	1980	Vertrouwen, empirisch		Ontvangers die zenders vertrouwen zien feedback vaker als accuraat en relevant. Voor deze groep heeft accuraatheid en relevantie echter geen effect op prestatie.

Titel	Auteurs	Jaar	Design en onderwerp	Omschrijving interventie	Uitkomsten interventie
Facilitated patient experience feedback can improve nursing care: a pilot study for a phase III cluster randomised controlled trial.	Reeves, R. <i>et al</i>	2013	Feedback, empirisch	Feedback: geprinte feedback opgestuurd naar verplegers Feedback plus: feedback gevolgd door gesprekken over feedback en mogelijke manieren op problemen op te lossen Controlegroep: geen feedback of gesprekken	Prestaties verbeterden meer voor de feedback plus-groep dan voor de feedback en de controlegroep.
Impact of quality circles for improvement of asthma care: results of a randomized controlled trial	Schneider, A., <i>et al</i>	2008	Benchmarken, empirisch		Geen effect, laag aantal respondenten mogelijke verklaring
Reducing prescribing of highly anticholinergic antidepressants for elderly people: randomised trial of group versus individual academic detailing.	van Eijk, M. E. C.	2001	Academic detailing, empirisch	Academic detailing in een groep versus persoonlijke academic detailing	Beide positief effect
Promoting better use of the PSA test in general practice: randomized controlled trial of educational strategies based on outreach visits and mailout.	Weller, D. <i>et al</i>	2003	EOV's, empirisch	Controlegroep: geen interventie Feedbackgroep: feedback per post Feedbackplusgroep: EOV's	EOV's hebben meer effect op gedrag dan feedback alleen. Na zes maanden is dit verschil nog steeds zichtbaar, na twaalf maanden niet meer.
Effect of feedback on test ordering behaviour of general practitioners.	Winkens, R. A. <i>et al</i>	1992	Feedback, empirisch		Positieve invloed, na vier jaar nog zichtbaar
A Multimethod Quality Improvement Intervention To Improve Preventive Cardiovascular Care. A Cluster Randomized Trial	Ornstein, S., <i>et al</i>	2004	Best practices, empirisch		Geen effect, laag aantal respondenten mogelijke verklaring

<b>Titel</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Jaar</b>	<b>Design en onderwerp</b>	<b>Omschrijving interventie</b>	<b>Uitkomsten interventie</b>
Implementation of Evidence-Based Preventive Services Delivery Processes in Primary Care: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) Study	Mold, J. W., <i>et al</i>	2008	Academic detailing, empirisch	Een combinatie van feedback peer-to-peer education, een praktijkondersteuner en ICT-faciliteiten in vergelijking met feedback en benchmarks alleen	Positief effect
A Randomized Evaluation of Two Health Care Quality Improvement Program (HCQIP) Interventions to Improve the Adequacy of Hemodialysis Care of ESRD Patients: Feedback Alone versus Intensive Intervention.	McClellan, W. M.	2004	Academic detailing, empirisch	Combinatie van feedback, workshops het ontvangen van educatieve materialen en het krijgen van assistentie bij het maken van kwaliteitsverbeterplannen	Positief effect
A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes.	Avorn, J., <i>et al</i>	1992	Academic detailing, empirisch		Positief effect
Cluster randomised controlled trial of an educational outreach visit to improve influenza and pneumococcal immunisation rates in primary care.	Siriwardena, A. N., <i>et al</i>	2002	Academic detailing, empirisch	Gesprekken over barrières die artsen ondervinden bij vaccineren vinden zij dat deze gesprekken, waarin ook alternatieve gedragsopties aangeboden werden,	Gemengd effect
Evaluation of the Effect of Performance Monitoring and Feedback on Care Process, Utilization, and Outcome	Petitti, D.B., <i>et al</i>	2000	Monitoring, empirisch		Klein positief effect van feedback en monitoring
The effect of goal-setting and daily electronic feedback on in-home energy use.	Van Houwelingen, J. H., en Van Raaij, W. F.	1989	Monitoring, empirisch		Dagelijkse feedback op doelen heeft meer effect dan zelf-monitoring
Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers.	Van den Homberg, <i>et al</i>	1999	Bron, empirisch		Feedback van peers heeft meer effect dan van niet-peers



<b>Titel</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Jaar</b>	<b>Design en onderwerp</b>	<b>Omschrijving interventie</b>	<b>Uitkomsten interventie</b>
Vancouver, J. B., en Tischner, E. C. (2004). The effect of feedback sign on task performance depends on self-concept discrepancies.	Vancouver, J. B., en Tischner, E. C.	2004	Richting, empirisch		Positieve feedback leidt tot betere prestaties bij complexe taken
Responses to Successful and Unsuccessful Performance: The Moderating Effect of Self-Efficacy on the Relationship between Performance and Attributions	Silver	1995	Richting, empirisch		Mensen met zelfvertrouwen schrijven slechte resultaten toe aan externe factoren