



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Het discriminerend vermogen van CQ-index Staaroperatie

Janine Stubbe
Liset van Dijk

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-881-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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.

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	7
1.3 Verwachte resultaten en toepassingen	8
1.4 Opbouw van het rapport	9
2 Methode	11
2.1 Vragenlijstconstructie Ervaringenvragenlijst	11
2.2 Steekproef en dataverzameling	12
2.3 Data-analyse	13
3 Resultaten	15
3.1 Ervaringscores	15
3.2 Lineaire multilevel analyses	16
3.3 Logistische multilevel analyses	22
4 Algemene samenvatting en discussie	23
4.1 Achtergrond en doel van het onderzoek	23
4.2 De ervaren kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie	23
4.3 Discriminerend vermogen	24
4.4 Case-mix adjusters	24
4.5 Conclusies	24
Literatuur	27
Bijlage: Vragenlijst	29

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Op 1 januari 2006 werd de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht. De wet is onderdeel van een overheidsbeleid dat gericht is op het creëren van meer vraagsturing in de gezondheidszorg. Consumenten (en inkopende verzekeraars) moeten inzicht krijgen in de prestaties van de verschillende aanbieders als het gaat om patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid en kosten van zorg. Dat vraagt om vergelijkend warenonderzoek onder consumenten: hoe ervaren zij de zorg die ze krijgen? Op initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en het Fonds PGO (Fonds voor patiënten-, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden) is daarom op 6 december 2006 het Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Dit centrum zorgt ervoor dat de komende jaren systematisch de ervaringen van de klanten met de gezondheidszorg op een betrouwbare wijze worden gemeten en openbaar worden gemaakt. Hierbij waakt het instituut ervoor dat dit op een gestandaardiseerde en wetenschappelijk gevalideerde manier gebeurt. Op verschillende terreinen van de zorg worden momenteel instrumenten ontwikkeld om dit te meten. Deze meetinstrumenten staan bekend onder de naam CQ-index, wat staat voor Consumer Quality Index, voortgekomen uit de zogeheten CAHPS-QUOTE systematiek.

CAHPS

De CAHPS®, wat staat voor Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, is een serie vragenlijsten die ontwikkeld is in de Verenigde Staten om de ervaringen van patiënten/consumenten te meten met hun zorgverzekeraar en de door hun zorgverzekeraar aangeboden gezondheidszorg (Delnoij et al., 2006; Hargraves et al., 2003; Harris et al., 1985; Hays et al., 1999). In de modulair opgebouwde schriftelijke vragenlijsten zijn vragen opgenomen over zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. Elke CAHPS-vragenlijst bevat een aantal standaardvragen ('core items') over de belangrijkste onderwerpen van ervaringen met gezondheidszorg. Hiertoe behoren onder andere het krijgen van noodzakelijke zorg, het wachten op noodzakelijke zorg, goede communicatie, beleefdheid, en respect, een algemeen oordeel over de zorgverzekeraar en een algemeen oordeel over de kwaliteit van zorg. De CAHPS-vragenlijsten zijn gevalideerd in de Verenigde Staten en worden daar op grote schaal gebruikt.

QUOTE

De QUOTE, wat staat voor QUality Of care Through the patients' Eyes, is een serie vragenlijsten die ontwikkeld is door het NIVEL om de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten/consumenten te meten (Hekkink et al., 2003; Nijkamp et al., 2002a; Nijkamp et al., 2002b; Sixma et al., 1998; Sixma et al., 2000). De QUOTE-vragenlijsten zijn gebaseerd op wat patiënten belangrijk vinden. De QUOTE vragenlijst bestaat feitelijk uit twee vragenlijsten: een vragenlijst waarin naar ervaringen met de zorg

gevraagd wordt en een vragenlijst waarin gevraagd wordt naar het belang dat men aan de kwaliteitsaspecten van zorg hecht. Hiermee onderscheiden zij zich ook van de CAHPS-meetinstrumenten die alleen naar frequenties vragen. Er zijn QUOTE-vragenlijsten voor specifieke doelgroepen, zoals de QUOTE-fysiotherapie, en er zijn aandoeningspecifieke QUOTE-vragenlijsten, zoals de QUOTE-diabetes en QUOTE-cataract.

CQ-index: combinatie van CAHPS en QUOTE

CQ refereert niet alleen aan Consumer Quality, maar ook aan de CAHPS- en QUOTE-meetinstrumenten, waar de CQ-index uit voortgekomen is. Zowel de CAHPS- als de QUOTE-vragenlijsten zijn wetenschappelijk gefundeerd. Beide meten ervaringen van consumenten van zorg.

In CAHPS- en QUOTE-vragenlijsten komen globaal dezelfde domeinen van kwaliteit van zorg aan bod. Bij de ontwikkeling van de CQ-index worden uit beide families van meetinstrumenten onderdelen overgenomen. Zo is van de CAHPS overgenomen:

- de antwoordsystematiek (vragen naar frequentie waarmee aan kwaliteitseisen is voldaan, via de antwoordcategorieën: nooit / soms / meestal / altijd);
- de lay-out van vragenlijsten, waarbij elk item een aparte vraag vormt;
- de geprotocolleerde aanpak van steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en rapportage.

Van de QUOTE is overgenomen:

- de aandoeningspecifieke verdieping van vragenlijsten (vragen over aandoenings-specifieke aspecten van kwaliteit, inclusief vragen over effectiviteit van behandeling en het optreden van eventuele complicaties);
- het vragen naar het belang dat patiënten/consumenten hechten aan de verschillende kwaliteitsaspecten (via de antwoordcategorieën: niet belangrijk / eigenlijk wel belangrijk / belangrijk / van het allergrootste belang).

Vragenlijsten binnen de CQ-index kunnen betrekking hebben op de ervaren kwaliteit van zorg rond bepaalde (chronische) aandoeningen, de kwaliteit van individuele zorginstellingen of professionals, of individuele ingrepen eventueel gefinancierd via DBC's (voor een overzicht zie: www.nivel.nl/cqindex). De CQ-index vragenlijsten bestaan uit twee delen: de Ervaringenvragenlijst en de Belangenvragenlijst. Met de Ervaringenvragenlijst wordt op een systematische manier consumentenervaringen met de zorg gemeten. Daarnaast kan met de Belangenvragenlijst gevraagd worden hoe belangrijk consumenten bepaalde aspecten van de zorg vinden.

Een CQ-index kent globaal vier ontwikkelingsfasen:

- 1 voorbereiding (opstellen onderzoeksplan; vaststelling onderzoeksplan door opdrachtgever en stakeholders);
- 2 constructiefase (opstellen eerste conceptvragenlijst onder meer op basis van kwalitatief onderzoek en/of bestaande vragenlijsten);
- 3 psychometrisch onderzoek met behulp van factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse;
- 4 onderzoek naar het discriminerend vermogen met behulp van multilevel analyse.

Het discriminerend vermogen van de vragenlijst is van belang voor de bruikbaarheid van de vragenlijst voor benchmarkdoeleinden, keuze-informatie voor patiënten, en zorginkoopinformatie voor verzekeraars.

CQ-index Staaroperatie

In 2005 heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de CQ-index Staaroperatie om ervaring van patiënten met de kwaliteit van zorg na een staaroperatie te meten. Er werd een vragenlijst geconstrueerd waarin 41 vragen gesteld werden die kwaliteitsaspecten meten (zie hoofdstuk 2). Zowel een ervaringen- als een belangenlijst werd geconstrueerd. Uit de betrouwbaarheidsanalyses konden drie betrouwbare schalen worden geconstrueerd: 1) Communicatie met oogarts; 2) Communicatie met verpleegkundige en 3) Communicatie over medicijngebruik. Daarnaast bleken 6 items niet schaalbaar. In de vragenlijsten is eveneens gevraagd een cijfer (tussen 0 en 10) te geven voor het ziekenhuis, de oogarts en de verpleegkundige. De resultaten van de betrouwbaarheids- en validiteitsanalyses zijn elders uitgebreid beschreven (Brouwer et al., 2006; Stubbe et al., 2007).

In dit rapport staat het discriminerend vermogen van de vragenlijst centraal. In analyses die bedoeld zijn om het discriminerend vermogen in kaart te brengen, wordt uitsluitend gebruik gemaakt van de Ervaringenvragenlijst. Wanneer in dit rapport gesproken wordt over de CQ-index dan wordt daarmee alleen de Ervaringenvragenlijst bedoeld.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstelling van het hier beschreven onderzoek is het testen van het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie. Het gaat hierbij om het discriminerend vermogen op ziekenhuisniveau. Het discriminerend vermogen wordt voor verschillende onderdelen getest: voor de drie betrouwbare schalen (zie paragraaf 1.1), de waarderingcijfers en voor de losse items: zowel de niet-schaalbare als de schaalbare items. Voor dit laatste is gekozen omdat het mogelijk is dat door het samenvoegen van items tot een somscore het discriminerend vermogen wordt verlaagd. In dit onderzoek zal, naast de schaalscores en de waarderingcijfers, per schaal op itemniveau gekeken worden naar het discriminerend vermogen. Het gedeelte over het discriminerend vermogen van de schaalscores en waarderingcijfers van de CQ-index Staaroperatie staat ook beschreven in een wetenschappelijke publicatie (Stubbe et al., 2007).

Naast de hierboven genoemde onderdelen zal ook gekeken worden naar de vraag hoe ziekenhuizen verschillen als het gaat om de manier waarop staarpatiënten verdoofd worden tijdens een staaroperatie. Uit de literatuur komt druppelverdoving als de beste manier naar voren (Friedman et al., 2004; Monestam et al., 2001). Ziekenhuizen die veel gebruik maken van druppelverdoving worden daarom gezien door verzekeraars als “best practices”. In dit onderzoek wordt daarom ook gekeken of er verschillen zijn tussen ziekenhuizen in het toedienen van druppelverdoving.

Wanneer prestaties van ziekenhuizen met elkaar vergeleken worden, is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in hun patiëntpopulatie. Niet alle patiënten vragen dezelfde behandeling en wanneer er tussen ziekenhuizen verschillen zijn in de patiëntpopulatie kunnen hierdoor verschillen in prestaties naar voren komen. Die hebben dan niet persé te maken met verschillen in kwaliteit van de zorgverlening. Een manier om rekening te houden met deze verschillen is het toepassen van case-mix adjustment. Door deze methode toe te passen kan onderzocht worden welk deel van de gevonden verschillen tussen ziekenhuizen toegeschreven kan worden aan verschillen tussen ziekenhuizen en welk deel verklaard wordt door verschillen in de patiëntpopulatie.

De volgende zes onderzoeksvragen staan derhalve centraal in dit onderzoek:

- 1 *‘Wat is het discriminerend vermogen van de drie schalen (Communicatie met oogarts, Communicatie met verpleegkundige en Communicatie over medicijngebruik) van de CQ-index Staaroperatie?’*
- 2 *‘Wat is het discriminerend vermogen van drie waarderingscijfers (oogarts, verpleegkundige en ziekenhuis) uit de CQ-index Staaroperatie?’*
- 3 *‘Wat is het discriminerend vermogen van de losse items van de drie schalen van de CQ-index Staaroperatie?’*
- 4 *‘Wat is het discriminerend vermogen van een zestal niet schaalbare items van de CQ-index Staaroperatie?’*
- 5 *‘Wat is het discriminerend vermogen van een item over druppelverdoving bij een staaroperatie?’*
- 6 *‘Welke patiënt- en ziekenhuiskenmerken spelen een rol bij het verklaren van verschillen tussen ervaringen van staarpatiënten met de kwaliteit van zorg?’*

1.3 Verwachte resultaten en toepassingen

Dit onderzoek moet vooral uitwijzen of de CQ-index Staaroperatie geschikt is voor toepassing in vergelijkend onderzoek. Het beoogde resultaat bestaat uit een volledig gevalideerde CQ-index Staaroperatie. Dit onderzoek zal ook verdergaand inzicht kunnen leveren in de ervaringen van patiënten met de zorg, verschillen in kwaliteit van de geleverde zorg en factoren die mogelijk van invloed zijn op de kwaliteitsoordelen. Daarbij wordt uitsluitend verkregen over het discriminerend vermogen van de vragenlijst en over de variabelen waarvoor in vergelijkend kwaliteitsonderzoek onder staarpatiënten moet worden gecorrigeerd (case-mix adjusters). Het project zal daarnaast informatie opleveren die door de zorgverzekeraars kan worden gebruikt ten behoeve van hun zorginkoop. Daarbij moet worden aangetekend dat de CQ-index Staaroperatie zich nog

steeds in de ontwikkelfase bevindt. Afgeraden wordt om harde (financiële of andere bedrijfsmatige) conclusies te verbinden aan de verzamelde gegevens.

1.4 Opbouw van het rapport

Naast dit inleidende hoofdstuk bestaat het rapport uit nog drie andere hoofdstukken. In hoofdstuk 2 zal dieper worden ingegaan op de gebruikte methode van het onderzoek. Tevens worden de wijze van dataverzameling en de gebruikte statistische analyses besproken. In het derde hoofdstuk staan de resultaten van de CQ-index Staaroperatie centraal. Het rapport sluit af met een algemene conclusie en discussie in hoofdstuk 4.

2 Methode

In de eerste paragraaf wordt beschreven hoe de huidige versie van de vragenlijst tot stand is gekomen. In de tweede paragraaf staat weergegeven hoe de steekproeftrekking en de wijze van dataverzameling eruit hebben gezien. Ten slotte zal in paragraaf 2.3 duidelijk worden gemaakt welke analyses voor dit onderzoek gebruikt zijn.

2.1 Vragenlijstconstructie Ervaringenvragenlijst

De CQ-index Staaroperatie is opgesteld aan de hand meerdere vragenlijsten. Ten eerste is gebruik gemaakt van de QUOTE-cataract (Nijkamp et al., 2002b; Nijkamp et al., 2002a). Deze laatste lijst is ontwikkeld op basis van focusgroeps gesprekken waardoor bepaald kon worden welke aspecten voor patiënten die een staaroperatie hebben ondergaan belangrijk waren. In totaal zijn hier 31 aspecten uitgekomen waarin gevraagd wordt naar ervaringen van patiënten die een staaroperatie hebben ondergaan (voor meer informatie hierover: zie (Brouwer et al., 2006)). De bijbehorende vragen zijn geherformuleerd in de CAHPS-systematiek. Naast deze QUOTE-items zijn ook relevante vragen uit de Hospital CAHPS (Goldstein et al., 2005; Keller et al., 2005; O'Malley et al., 2005) overgenomen om op deze manier zo veel mogelijk aan te sluiten bij de reeds ontwikkelde CAHPS-vragenlijsten. Naast de kwaliteitsaspecten zijn ook vragen over achtergrondkenmerken gesteld, zoals geslacht, leeftijd, opleiding, etc., over de respondent (overgenomen uit de H-CAHPS). Verder wordt de kwaliteit van leven in kaart gebracht met behulp van de SF-12 vragenlijst (Van Hoecke, 1999; Ware et al., 1995). Hierdoor is het mogelijk om te kijken in hoeverre verschillen in ervaringen kunnen worden toegeschreven aan verschillen in achtergrondkenmerken en de gezondheidstoestand van de respondenten. Tevens is het hiermee mogelijk om een eerlijke vergelijking van ziekenhuizen te maken voor wat betreft de oordelen van patiënten die daar een staaroperatie hebben ondergaan, door te controleren voor relevantie achtergrondkenmerken van patiënten, de zogenaamde case-mix adjustment (O'Malley et al., 2005).

De uiteindelijke vragenlijst bestaat uit 81 vragen (sommige bestaan uit een aantal subvragen), waarvan 41 zogenaamde kwaliteitsaspecten zijn (zie bijlage). Dit zijn die aspecten waar naar ervaringen gevraagd is. De CQ-index Staaroperatie is onderverdeeld in de volgende onderwerpen:

- Algemeen/inleiding (5 vragen).
- De zorg voor u door oogartsen (16 vragen).
- De afdeling oogheelkunde/kliniek (8 vragen).
- De zorg voor u door verpleegkundigen (4 vragen).
- Informatie (9 vragen).
- Pijnbestrijding en medicatie (10 vragen).

- Totale beoordeling ziekenhuis/kliniek (3 vragen).
- Uitkomst staaroperatie (2 vragen, waarvan 1 vraag uit 12 subvragen bestaat).
- Uw zorgverzekeraar (6 vragen).
- Over uzelf (10 vragen).
- Uw gezondheid (8 vragen, waarvan 4 vragen uit totaal 9 subvragen bestaan).

In de CQ-index Staaroperatie wordt gebruik gemaakt van de volgende soort vragen:

- Screenervragen: deze vragen moeten door iedereen ingevuld worden en dienen om te bepalen of vervolgvragen op een persoon van toepassing zijn.
- Vragen die nagaan of mensen problemen ervaren met een bepaald aspect. De bijbehorende antwoordcategorieën variëren van ‘geen probleem’, ‘klein probleem’ tot ‘groot probleem’.
- Vragen die nagaan met welke frequentie aan kwaliteitseisen is voldaan. De antwoordcategorieën zijn ‘nooit’, ‘soms’, ‘meestal’ en ‘altijd’.
- Vragen die nagaan of iets al dan niet gebeurd is. Hiervan zijn ‘ja’ en ‘nee’ de antwoordcategorieën.
- Vragen naar een waarderingscijfer (een totaalbeoordeling) voor het ziekenhuis, variërend van 0 ‘slechtst mogelijke’ tot 10 ‘best mogelijke’.

2.2 Steekproef en dataverzameling

In het oorspronkelijke plan was het de bedoeling om het onderzoek uit te voeren met uitsluitend de medewerking van een aantal ziekenhuizen en/of zelfstandige behandelcentra. Lopende het onderzoek hebben een aantal zorgverzekeraars gevraagd of ook onder hun verzekerden die een staaroperatie hebben ondergaan, de vragenlijst uitgezet kon worden. Op deze manier kunnen zij kijken wat de kwaliteit van de geleverde zorg rondom de staarbehandeling is voor hun verzekerde populatie. Voor het onderzoek kwam dit goed uit omdat bleek dat het moeilijk was ziekenhuizen te benaderen met een voldoende aantal patiënten. De CQ-index Staaroperatie is uiteindelijk verstuurd naar 1.145 patiënten van vier verschillende ziekenhuizen/zelfstandig behandelcentra die in de periode maart 2005 tot en met juni 2005 een staaroperatie hebben gehad. Aangezien er met de invoering van de DBC over is gegaan op een andere manier van declareren, beschikten de zorgverzekeraars nog niet over de declaraties van ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra over deze periode. Uiteindelijk is er dan ook voor gekozen om voor de zorgverzekeraars de periode van november en december 2004 aan te houden. Verder terug zou een te lange periode geven tussen de staaroperatie en het invullen van de vragenlijst. In totaal zijn er 5.323 vragenlijsten verstuurd op naam van de verzekeraar aan patiënten waarvan een staaroperatie gedeclareerd was bij de vier deelnemende zorgverzekeraars. Om overlap te voorkomen, zijn aan de verzekeraars de namen van de deelnemende ziekenhuizen/zelfstandige behandelcentra doorgegeven, zodat deze niet via de zorgverzekeraars benaderd zouden worden. In totaal zijn er 6.468 CQ-index Staaroperatie vragenlijsten verstuurd naar staarpatiënten uit 120 verschillende ziekenhuizen.

Voor de verspreiding van de vragenlijst is gebruik gemaakt van de zogenaamde Dillman-methode, conform de systematiek die ook wordt toegepast in de Amerikaanse CAHPS-onderzoeken (Dillman, 2000). Bij deze methodiek wordt gebruik gemaakt van vier verschillende verzendingen. Deze verzendingen zijn altijd op donderdag verstuurd en vinden schriftelijk plaats volgens het schema:

- eerste verzendmoment: vragenlijst met begeleidende brief en antwoordenvolop;
- één week later: een herinnering in de vorm van een bedankkaart naar alle aangeschreven mensen;
- vier weken na het eerste verzendmoment: nogmaals de vragenlijst met begeleidende brief en antwoordenvolop naar de mensen die de vragenlijst nog niet hadden teruggestuurd;
- zes weken na het eerste verzendmoment: een laatste herinneringsbrief naar de mensen die op dat moment nog niet gereageerd hadden.

De eerste twee zendingen gaan naar alle geselecteerde patiënten. De herinneringen worden alleen verstuurd naar de patiënten die op dat moment nog niet gereageerd hebben. Verzending en verzameling van de gegevens is door een extern mailhouse uitgevoerd. De teruggestuurde vragenlijsten werden gescand door medewerkers van het mailhouse. Vrije tekst werd handmatig in het elektronisch gegevensbestand ingevoerd.

In totaal stuurden 5.436 respondenten de vragenlijst terug (bruto respons: 84%). Hiervan gaven er 447 aan niet mee te willen of kunnen deelnemen. Daarnaast gaven 32 respondenten aan geen staaroperatie te hebben ondergaan en 87 respondenten beantwoordden de betreffende vraag niet. Deze mensen werden uitgesloten van de analyses, evenals de 203 respondenten die aangaven de vragenlijst niet zelf te hebben beantwoord en de 32 mensen die minder dan de helft van de kernitems niet invulden. Uiteindelijk bleef zo een steekproef van 4.635 respondenten over (netto respons: 72%).

2.3 Data-analyse

Op basis van de ingevulde enquêtes is de vragenlijst gevalideerd middels responsanalyse, factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse. Hierover is elders gerapporteerd (Brouwer et al., 2006; Stubbe et al., 2007). Kort samengevat kwam uit dit rapport naar voren dat de vragenlijst drie betrouwbare schalen bevat:

- 1 communicatie met oogarts ($\alpha = 0,89$);
- 2 communicatie met verpleegkundige ($\alpha = 0,76$);
- 3 communicatie over medicijngebruik ($\alpha = 0,79$).

Daarnaast bleken zes kwaliteitsitems niet schaalbaar.

In dit rapport wordt het discriminerend vermogen van de vragenlijst onderzocht voor de somscores, de waarderingscijfers voor het ziekenhuis, de oogarts en de verpleegkundige (cijfer van 0 tot 10) en verschillende losse items. Twee groepen losse items zijn bestudeerd:

- de zes niet-schaalbare items;
- drie items die wel schaalbaar waren: per schaal is het item genomen waarvoor de meeste variatie gevonden werd.

Bovengenoemde elementen zijn steeds de afhankelijke variabelen in lineaire multilevel analyses. In deze analyses is gebruik gemaakt van de IGLS-procedure (iterative generalised least squares). Bij lineaire multilevel analyse wordt rekening gehouden met het feit dat patiënten ‘genest’ zijn in de verschillende ziekenhuizen en dus geen willekeurige steekproef vormen. Hun ervaringen en oordelen zijn dus mogelijk niet geheel onafhankelijk van elkaar. De analyses moeten uitwijzen of er significante verschillen zijn in de ervaringen van patiënten tussen ziekenhuizen, en welk percentage van de totale variantie (intra klasse-correlatie) kan worden toegeschreven aan het ziekenhuis. De analyses kennen daarbij twee niveaus: 1) de patiënten en 2) de ziekenhuizen. De lineaire multilevel modellen kunnen gezien worden als hiërarchische lineaire regressieanalyses waarbij voor de case-mix adjusters regressiecoëfficiënten geschat kunnen worden. Bij het vergelijken van de prestaties van ziekenhuizen is het belangrijk om rekening te houden met verschillen die meer op persoonskenmerken van de patiënten berusten dan op daadwerkelijke verschillen in kwaliteit van de zorgverlening. Omdat kan worden aangenomen dat de patiëntenpopulaties van verschillende ziekenhuizen van samenstelling verschillen op deze achtergrondkenmerken, zou voor een eerlijke vergelijking van ziekenhuizen bijvoorbeeld gecontroleerd kunnen worden voor verschillen tussen patiëntenpopulaties. Het is centraal afgesproken dat voor alle CQ-indexen bekeken wordt of gecorrigeerd dient te worden voor de kenmerken leeftijd, gezondheid en opleiding. Aanvullend zal de variabele percentage druppelverdoving als case-mix adjuster meegenomen worden. Hiervoor is gekozen, omdat blijkt dat druppelverdoving gezien wordt als “best practice”. Sinds 2000 is het gebruik van druppelverdoving enorm toegenomen (Friedman et al., 2004), omdat druppelverdoving zorgt voor een sneller herstel na een operatie (Monestam et al., 2001). Interessant is om te onderzoeken of verschillen tussen ervaringen van patiënten met de kwaliteit van zorg kleiner worden wanneer gecorrigeerd wordt voor deze variabele.

Druppelverdoving wordt gezien als beste behandelmethode. De mate waarin dit wordt toegepast wordt door verzekeraars gebruikt in de zorgaankoop. In dit rapport wordt daarom ook gekeken naar de vraag of de kans op het krijgen van een druppelverdoving verschilt tussen ziekenhuizen, waarbij rekening gehouden wordt met de patiëntkenmerken. Aangezien de variabele druppelverdoving op patiëntniveau een dichotome variabele(ja/nee) is, zal in plaats van een lineaire multilevelanalyse gebruik worden gemaakt van een logistische multilevelanalyse. De logistische multilevel modellen kunnen worden gezien als hiërarchische logistische regressieanalyses waarbij geen regressiecoëfficiënten geschat worden voor de case-mix adjusters, maar odds ratio's. Per case-mix adjuster kan dan onderzocht worden of de kans op het krijgen van een verdoving significant wordt verhoogd of verlaagd.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie besproken. In de eerste paragraaf zal een beschrijving worden gegeven van de scores van patiënten op de drie geconstrueerde schalen (Communicatie met de oogarts, Communicatie met de verpleegkundige en Communicatie over medicijngebruik), welke waarderingcijfer men geeft aan de oogarts, de verpleegkundige en het ziekenhuis en hoe gescoord is op de zes niet schaalbare items. In paragraaf 3.2 wordt het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie besproken voor de schaalcores, waarderingcijfers en de losse items. Vervolgens worden in paragraaf 3.3 de resultaten van de logistische multilevelanalyse met betrekking tot de variabele druppelverdooving besproken.

3.1 Ervaringscores

De resultaten op de Ervaringen vragenlijst laten zien dat mensen over het algemeen positieve ervaringen hebben met de zorg rondom een staaroperatie (tabel 3.1).

Gevraagd naar een totaaloordeel, geven patiënten voor het ziekenhuis een gemiddeld waarderingcijfer van 8,8 (op een schaal van 0-10, waarbij 0 = slechtst mogelijke ziekenhuis, en 10 = best mogelijke ziekenhuis). Voor de oogarts en de verpleegkundige zijn de resultaten vergelijkbaar. Ook de gemiddelde scores op de schalen laten zien dat mensen positief zijn over de ontvangen zorg. De maximale score op de lijst is '4' (positieve ervaring).¹ Dit geldt overigens in mindere mate voor communicatie met de verpleegkundige dan voor communicatie met de oogarts en over medicijngebruik.

Tabel 3.2 geeft de scores op de zes niet schaalbare items weer. Ook hieruit blijkt dat de ervaringen van patiënten met de kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie positief zijn. De scores variëren van 2,6 tot 3,6 (op een schaal van 1-4, waarbij 1 = negatieve ervaring, en 4 = positieve ervaring).

In totaal krijgt 43% van de patiënten bij een staaroperatie een druppelverdooving toegediend (N=3.667).

¹ Bij de berekening van schaalgemiddelden is het criterium gehanteerd dat meer dan de helft van de items ingevuld moet zijn.

Tabel 3.1 Gemiddelde ervaringscores voor de schalen

	N	gemiddelde ervaringscore	SD
Schalen:			
communicatie met oogarts	3.942	3,64	0,50
communicatie met verpleegkundige	3.887	2,66	1,14
communicatie over medicijngebruik	3.925	3,73	0,44
Waarderingscijfer:			
cijfer oogarts	3.940	8,81	1,47
cijfer verpleegkundige	3.910	8,93	1,22
cijfer ziekenhuis	3.970	8,80	1,33

Tabel 3.2 Gemiddelde ervaringscores voor de losse items uit de schalen en de niet schaalbare items

	N	gemiddelde ervaringscore	SD
Items uit schalen:			
16) Oogarts is bereid te praten over niet goed gelopen zaken (<i>Communicatie met oogarts</i>)	1.123*	2,84	1,20
32) Verpleegkundigen leggen dingen goed uit (<i>Communicatie met verpleegkundige</i>)	3.884	3,63	0,66
50) Informeren naar allergie voor jodium (<i>Communicatie over medicijngebruik</i>)	3.855	2,62	1,38
Losse items:			
14) Binnen 15 minuten na afspraak oogarts toegelaten tot spreekkamer	3.884	2,81	0,93
15) Hoe vaak contact met dezelfde oogarts	3.945	3,55	0,75
38) Hoe vaak informatie over u door verschillende hulpverleners goed op elkaar afgestemd	3.692	3,41	0,81
39) Hoe vaak zorg afgestemd op zorg van andere hulpverleners	3.528	3,12	1,05
49) In begrijpelijke taal uitleg door zorgverleners over oogdruppels en oogzalf	3.944	3,58	0,83
63) Oogarts schreef medicijnen voor die volledig vergoed worden door verzekering	3.849	3,42	1,10

* het aantal respondenten is hier lager dan bij de andere items, omdat dit een vraag is die niet voor iedereen van toepassing is (ongeveer 70% van de mensen gaf aan dat er geen zaken zijn geweest die naar hun mening niet goed verlopen zijn)

3.2 Lineaire multilevel analyses

Met behulp van lineaire multilevel analyses is nagegaan of het meetinstrument verschillen tussen ziekenhuizen kan meten, en of de ervaringen van patiënten met de zorg na correctie voor achtergrondkenmerken (case-mix adjusters) ook nog verschillen laten zien. Daarbij zijn twee modellen met elkaar vergeleken. Model 1 is het ongecorrigeerde model, waarbij naar verschillen tussen ziekenhuizen wordt gekeken zonder dat daarbij rekening

wordt gehouden met mogelijke verschillen in patiëntenkenmerken. Model 2 is een model waarbij gecorrigeerd is voor patiënt- en ziekenhuiskenmerken. Op patiëntniveau zijn de variabelen leeftijd, gezondheid en opleiding meegenomen. Op ziekenhuisniveau is gecorrigeerd voor het percentage patiënten per ziekenhuis dat bij de operatie een druppelverdooving heeft gekregen. Per afhankelijke variabele staat de Intra Class Correlation (ICC) vermeld. Deze geeft aan hoeveel van de variatie in de antwoorden van de respondenten toegeschreven kan worden aan het ziekenhuis waarin zij behandeld zijn. Hoe hoger de ICC hoe meer variatie aan het ziekenhuis is toe te schrijven.

Tabel 3.3 geeft de resultaten van het discriminerend vermogen voor de drie schalen, de drie losse items uit de schalen en de drie waarderingcijfers. Tabel 3.4 laat de resultaten zien van de analyses met betrekking tot de zes niet schaalbare items. De ICC's in tabel 3.3 en 3.4 laten zien dat de grootste verschillen tussen ziekenhuizen gevonden kunnen worden voor een afzonderlijk item, namelijk het item dat aangeeft hoe vaak de patiënt contact heeft gehad met dezelfde oogarts (variabele 15): 14% van de variatie in de scores op dit item is toe te wijzen aan de verschillen tussen ziekenhuizen wanneer niet gecorrigeerd wordt voor andere variabelen. Voor zeven uitkomstmaten zijn de verschillen tussen ziekenhuizen niet significant:

- 1 communicatie met verpleegkundige;
- 2 waarderingcijfer verpleegkundige;
- 3 oogarts is bereid te praten over niet goed gelopen zaken (variabele 16);
- 4 verpleegkundigen leggen dingen goed uit (variabele 32);
- 5 afstemming van de zorg (variabele 39);
- 6 begrijpelijke uitleg medicatie (variabele 49);
- 7 het voorgeschreven krijgen van volledig vergoede geneesmiddelen (variabele 63).

Correctie voor de case-mix variabelen blijkt voor alle schalen niet relevant te zijn. Dit blijkt uit het feit dat de betreffende ICC's niet of nauwelijks afnemen na correctie voor deze vier achtergrondkenmerken (leeftijd, gezondheid, opleiding en druppelverdooving).

Tabel 3.3 Resultaten van de multilevelanalyse op somscores, cijfers en de drie losse items uit de schalen. Standaard errors zijn tussen haakjes weergegeven

afhankelijke variabele	intercept	β leeftijd ¹	β geslacht ¹	β opleiding ¹	β gezondheid ¹	β % druppels	var patiënten	var ziekenhuis	ICC ²
Communicatie met oogarts (N=3.942)									
Model 1	3.640 (0,014)*	-	-	-	-	-	0,246 (0,006)*	0,006 (0,002)*	0,02
Model 2	3.687 (0,031)*	-0,005 (0,016)	0,017 (0,016)	-0,031 (0,017)	-0,102 (0,017)*	0,000 (0,000)	0,243 (0,006)*	0,007 (0,002)*	0,03
Communicatie verpleegkundige (N=3.925)									
Model 1	3.726 (0,009)*	-	-	-	-	-	0,196 (0,004)*	0,002 (0,001)	n.s.
Model 2	3.767 (0,024)*	-0,020 (0,014)	0,005 (0,015)	-0,016 (0,015)	-0,089 (0,015)*	0,000 (0,000)	0,194 (0,004)*	0,002 (0,001)	n.s.
Communicatie medicijngebruik (N=3887)									
Model 1	2.670 (0,033)*	-	-	-	-	-	1,246 (0,028)*	0,038 (0,011)*	0,03
Model 2	3.015 (0,070)*	-0,214 (0,036)*	-0,035 (0,037)	-0,166 (0,039)*	-0,020 (0,039)	-0,002 (0,001)*	1,232 (0,028)*	0,031 (0,010)*	0,02
Cijfer oogarts (N=3.940)									
Model 1	8.791 (0,039)*	-	-	-	-	-	2,124 (0,048)*	0,046 (0,015)*	0,02
Model 2	8.894 (0,088)*	0,104 (0,047)*	0,013 (0,048)	-0,106 (0,051)	-0,308 (0,051)*	0,000 (0,001)	2,101 (0,048)*	0,045 (0,015)*	0,02
Cijfer verpleegkundige (N=3.910)									
Model 1	8.916 (0,027)*	-	-	-	-	-	1,466 (0,033)*	0,016 (0,007)*	0,01
Model 2	8.943 (0,065)*	0,084 (0,039)*	0,004 (0,040)	-0,086 (0,042)	-0,219 (0,043)*	0,001 (0,001)	1,455 (0,033)*	0,011 (0,006)	n.s.

- vervolg tabel 3.3 -

- vervolg tabel 3.3 -

afhankelijke variabele	intercept	β leeftijd ¹	β geslacht ¹	β opleiding ¹	β gezondheid ¹	β % druppels	var patiënten	var ziekenhuis	ICC ²
Cijfers ziekenhuis (N=3.970)									
Model 1	8.775 (0,036)*	-	-	-	-	-	1,730 (0,039)*	0,041 (0,013)*	0,02
Model 2	8.987 (0,080)*	0,064 (0,042)	-0,040 (0,043)	-0,127 (0,045)*	-0,306 (0,046)*	-0,001 (0,001)	1,709 (0,039)*	0,037 (0,013)*	0,02
16. Oogarts niet goed gelopen zaken (N=1.123)									
Model 1	2.840 (0,043)*	-	-	-	-	-	1,423 (0,061)*	0,022 (0,017)*	n.s.
Model 2	2.820 (0,112)*	-0,084 (0,072)	-0,078 (0,073)	0,122 (0,077)	-0,099 (0,075)	0,002 (0,001)	1,413 (0,061)*	0,019 (0,016)*	n.s.
32. Vpk leggen dingen goed uit (N=3.884)									
Model 1	3.630 (0,013)*	-	-	-	-	-	0,428 (0,010)*	0,002 (0,002)*	n.s.
Model 2	3.673 (0,034)*	-0,069 (0,021)*	-0,017 (0,022)	0,016 (0,023)	-0,120 (0,023)*	0,000 (0,000)	0,423 (0,010)*	0,002 (0,001)*	n.s.
50. Informeren naar jodiumallergie (N=3.855)									
Model 1	2.617 (0,044)*	-	-	-	-	-	1,835 (0,042)*	0,071 (0,020)*	0,04
Model 2	1,818 (0,042)*	-0,238 (0,044)	0,020 (0,045)	-0,125 (0,048)*	0,085 (0,048)	-0,003 (0,001)*	1,818 (0,042)*	0,061 (0,018)*	0,03

* p<0,05

¹ referentiegroep leeftijd = jonger dan 75; referentiegroep geslacht = mannen; referentiegroep opleiding = laag opleidingsniveau; referentiegroep gezondheid = goede gezondheid

² ICC (intra-class correlatie) = var ziekenhuis / (var patiënten + var ziekenhuis)

n.s. = niet significant; de variantie verklaard op ziekenhuisniveau is niet significant en daarom is de ICC niet berekend

Tabel 3.4 Resultaten van de multilevelanalyse voor de zes niet schaalbare items. Standaard errors zijn tussen haakjes weergegeven

afhankelijke variabele	intercept	β leeftijd ¹	β geslacht ¹	β opleiding ¹	β gezondheid ¹	β % druppels	var patiënten	var ziekenhuis	ICC ²
14. Binnen 15 minuten in spreekkamer (N=3.844)									
Model 1	2.794 (0,027)*	-	-	-	-	-	0,844 (0,019)*	0,026 (0,008)*	0,03
Model 2	2.990 (0,059)*	-0,004 (0,030)	-0,063 (0,031)*	-0,177 (0,032)*	-0,118 (0,032)*	0,000 (0,001)	0,835 (0,019)*	0,024 (0,007)*	0,03
15. Hoe vaak contact zelfde oogarts (N=3.945)									
Model 1	3.582 (0,040)*	-	-	-	-	-	0,472 (0,011)*	0,080 (0,017)*	0,14
Model 2	3.500 (0,072)*	0,019 (0,022)	0,008 (0,023)	-0,031 (0,024)	-0,050 (0,024)*	0,003 (0,001)	0,471 (0,011)*	0,073 (0,016)*	0,13
38. Informatie goed op elkaar afgestemd (N=3.692)									
Model 1	3.410 (0,019)*	-	-	-	-	-	0,640 (0,015)*	0,008 (0,003)*	0,01
Model 2	3.531 (0,045)*	-0,009 (0,027)	0,004 (0,027)	-0,062 (0,029)*	-0,186 (0,029)*	-0,001 (0,001)	0,633 (0,015)*	0,007 (0,003)*	0,01
39. Zorg goed afgestemd (N=3.528)									
Model 1	3.122 (0,023)*	-	-	-	-	-	1,097 (0,036)*	0,010 (0,005)	n.s.
Model 2	3.238 (0,057)*	-0,033 (0,036)	-0,059 (0,039)	-0,100 (0,038)*	-0,157 (0,039)*	0,001 (0,001)	1,088 (0,026)*	0,007 (0,005)	n.s.
49. Uitleg medicatie begrijpelijk (N=3.944)									
Model 1	3.584 (0,015)*	-	-	-	-	-	0,688 (0,016)*	0,003 (0,002)	n.s.
Model 2	3.616 (0,042)*	-0,034 (0,027)	0,031 (0,027)	0,004 (0,029)	-0,116 (0,029)*	0,000 (0,001)	0,685 (0,016)*	0,002 (0,002)	n.s.
63. Medicijnen volledig vergoed (N=3.849)									
Model 1	3.426 (0,033)*	-	-	-	-	-	1,211 (0,028)*	0,008 (0,005)	n.s.

- vervolg tabel 3.4 -

- vervolg tabel 3.4 -

afhankelijke variabele	intercept	β leeftijd ¹	β geslacht ¹	β opleiding ¹	β gezondheid ¹	β % druppels	var patiënten	var ziekenhuis	ICC ²
Model 2	3.549 (0,058)*	-0,113 (0,036)*	-0,039 (0,037)	-0,039 (0,039)	0,062 (0,039)	-0,001 (0,001)	1,207 (0,028)*	0,006 (0,004)	n.s.
14. Binnen 15 minuten in spreekkamer (N=3.844)									
Model 1	2.794 (0,027)*	-	-	-	-	-	0,844 (0,019)*	0,026 (0,008)*	0,03
Model 2	2.990 (0,059)*	-0,004 (0,030)	-0,063 (0,031)*	-0,177 (0,032)*	-0,118 (0,032)*	0,000 (0,001)	0,835 (0,019)*	0,024 (0,007)*	0,03
15. Hoe vaak contact zelfde oogarts (N=3.945)									
Model 1	3.582 (0,040)*	-	-	-	-	-	0,472 (0,011)*	0,080 (0,017)*	0,14
Model 2	3.500 (0,072)*	0,019 (0,022)	0,008 (0,023)	-0,031 (0,024)	-0,050 (0,024)*	0,003 (0,001)	0,471 (0,011)*	0,073 (0,016)*	0,13

* p<0,05

¹ referentiegroep leeftijd = jonger dan 75; referentiegroep geslacht = mannen; referentiegroep opleiding = laag opleidingsniveau; referentiegroep gezondheid = goede gezondheid

² ICC (intra-class correlatie) = var ziekenhuis / (var patiënten + var ziekenhuis)

n.s. = niet significant; de variantie verklaard op ziekenhuisniveau is niet significant en daarom is de ICC niet berekend

3.3 Logistische multilevel analyses

Met behulp van logistische multilevel analyses is nagegaan wat de kans is op het krijgen van een druppelverdoving bij een staaroperatie. Wederom kennen de analyses weer twee niveaus: 1) de patiënten en 2) de ziekenhuizen en zijn er twee modellen opgesteld. Model 1 is het ongecorrigeerde model, waarbij gekeken wordt naar verschillen tussen ziekenhuizen met betrekking tot het toedienen van druppelverdoving zonder dat daarbij rekening wordt gehouden met mogelijke verschillen in patiëntenkenmerken. Model 2 is een model waarbij gecorrigeerd is voor patiëntenkenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid). Tabel 3.5 geeft de resultaten van deze analyses weer.

Tabel 3.5 Resultaten van de logistische multilevel analyses voor de variabele druppelverdoving

uitkomst	model 1	model 2
Kans (95% CI)	0,63 (0,53; 0,72)	0,67 (0,57; 0,76)
OR leeftijd (ref = jonger dan 75 jaar) ¹ (95% CI)	-	0,98 (0,83; 1,16)
OR geslacht (ref = man) ¹ (95% CI)	-	0,81 (0,68; 0,96)*
OR opleiding (ref = laag opleidingsniveau) ¹ (95% CI)	-	1,00 (0,84; 1,19)
OR gezondheid (ref = goede gezondheid) ¹ (95% CI)	-	0,85 (0,71; 1,02)
Variantie ziekenhuizen ²	2,30 (0,47)*	2,32 (0,47)*
Variantie patiënten ²	0,98 (0,02) ⁴	0,98 (0,02) ⁴
ρ^3	0,41	0,41

* $p < 0,05$

¹ OR = Odds ratio

² standaard errors tussen haakjes

³ ρ (rho) is bij benadering gelijk aan de ICC in lineaire multilevel analyse

⁴ variantie patiënten is bij benadering gelijk aan 1 als voldaan wordt aan de eisen van de binominale verdeling

Druppelverdoving wordt gezien als ‘best practice’. In het huidige onderzoek blijkt de kans op het krijgen van een druppelverdoving bij een staaroperatie hoog is ($\pi = 0,63$). Verder zijn er verschillen waar te nemen tussen ziekenhuizen in patiëntenervaringen met de zorg (variantie ziekenhuizen = 2,30: Model 1). Wanneer gecorrigeerd wordt voor case-mix adjusters (leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid) dan blijkt dat er nog steeds verschillen tussen ziekenhuizen blijven bestaan (variantie ziekenhuizen = 2,32: Model 2). Van de vier case mix adjusters, blijkt alleen geslacht een significante bijdrage te leveren aan het verklaren van verschillen tussen patiënten, hoewel deze bijdrage niet groot is. Vrouwen krijgen minder vaak druppelverdoving toegediend dan mannen. Echter, na toevoeging van deze case mix variabele aan het model vindt er geen dalingen plaats in ρ (rho, is bij benadering gelijk aan de ICC in lineaire multilevel analyse) en geslacht is dus maar van zeer beperkte invloed op de geobserveerde verschillen tussen ziekenhuizen.

4 Algemene samenvatting en discussie

4.1 Achtergrond en doel van het onderzoek

In 2005 is de CQ-index Staaroperatie ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te meten vanuit patiëntenperspectief. In een eerdere fase is de bruikbaarheid, interne validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst onderzocht (Brouwer et al., 2006; Stubbe et al., 2007). Het huidige onderzoek heeft zich gericht op het discriminerend vermogen van drie schalen (Communicatie met de oogarts, Communicatie met de verpleegkundige en Communicatie over medicijngebruik), een item uit elk van deze drie schalen (te weten het item dat de grootste variantie tussen patiënten laat zien), zes niet schaalbare items, drie waarderingscijfers (voor het ziekenhuis, de oogarts en de verpleegkundige) en een item over druppelverdoving. Verder is onderzocht voor welke variabelen gecorrigeerd moet worden tijdens de analyses (de zogeheten case-mix adjusters), zowel op patiëntniveau (leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid) als op ziekenhuisniveau (% operaties met druppelverdoving).

Om informatie over de zorg rondom een staaroperatie te verzamelen, zijn steekproeven getrokken uit het patiëntenbestand van vier ziekenhuizen en het verzekerdenbestand van vier zorgverzekeraars. In totaal hebben 6.468 staarpatiënten de CQ-index Staaroperatie ontvangen om de kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie in kaart te brengen. Zij hebben zorg ontvangen in 120 verschillende ziekenhuizen.

4.2 De ervaren kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie

De resultaten op de CQ-index Staaroperatie laten zien dat patiënten over het algemeen (zeer) positieve ervaringen hebben met de kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie. Oogartsen, verpleegkundigen en ziekenhuizen krijgen gemiddeld een 8,8 of 8,9 als waarderingscijfer (op een schaal van 0-10). Alle ziekenhuizen die lager scoren dan het gemiddelde scoren boven het cijfer 8.

De gemiddelde scores op de drie schalen van de Ervaringenvragenlijst varieerden van 2,7 tot 3,7 (op een schaal van 1 tot 4, waarbij 4 staat voor de hoogste ervaringscore). Respondenten staan het meest positief tegenover communicatie over medicijngebruik (score: 3,7). De mate waarin verpleegkundigen communiceren met patiënten scoorde relatief laag, namelijk 2,7.

Ziekenhuizen behalen over het algemeen hoge scores op de CQ-index Staaroperatie. Wanneer oogartsen gemiddeld met een cijfer 8,8 (op een schaal van 0 tot 10) beoordeeld worden, is het de vraag in hoeverre verbetering nodig en mogelijk is.

4.3 Discriminerend vermogen

Over het algemeen geven patiënten hoge scores op de verschillende schalen van de CQ-index Staaroperatie. Hierbij zijn er weinig verschillen tussen ziekenhuizen. Deze nemen niet af of toe na toevoeging van case mix adjusters aan het model (zie ook paragraaf 4.4). De losse items laten hierbij geen grotere spreiding zien dan de schalen, met uitzondering van het item: hoe vaak heeft u contact gehad met dezelfde oogarts (variabele 15)? Dit item discrimineert het best van alle onderzochte uitkomstmaten: 13% van de variatie hierin kan toegeschreven worden aan het ziekenhuis. Voor de overige onderzochte uitkomstmaten geldt dat de verklaarde variantie op het niveau van het ziekenhuis maximaal 3% is. Bij de interpretatie van de resultaten en de beoordeling van de ziekenhuizen moet de volgende kanttekening worden gemaakt. Bij grote aantallen, zoals in dit onderzoek het geval is, zijn relatief kleine absolute verschillen significant.

Twee oorzaken kunnen aangedragen worden voor het matige discriminerend vermogen. Ten eerste is het mogelijk dat er geen significante verschillen zijn tussen ziekenhuizen. Ten tweede is het mogelijk dat de vragenlijst de verschillen tussen ziekenhuizen niet goed in kaart kan brengen. Ondanks het matige discriminerende vermogen van de schalen kan de CQ-index Staaroperatie wel goed gebruikt worden om per ziekenhuis te inventariseren welke verbeterpunten mogelijk zijn.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie beperkt is. Dit geldt zowel voor de drie schaalscores als voor de beoordelingscijfers en de afzonderlijke items die onderzocht zijn.

4.4 Case-mix adjusters

Standaard wordt geadviseerd om bij CQ-indexen te onderzoeken of correctie voor de kenmerken leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid nodig is. Deze achtergrondkenmerken verklaren echter bijna geen variatie in kwaliteitsscores. Na toevoegen van de case mix adjusters zijn geen of zeer geringe veranderingen in ICC's waar te nemen. Het is de vraag of correctie voor deze factoren dan ook noodzakelijk is.

Druppelverdooving wordt gezien als een kenmerk voor 'best practices'. Dit kenmerk blijkt voor 13 van de 15 afhankelijke variabelen niet significant bij te dragen aan het verklaren van verschillen tussen patiënten. De vraag is dan ook of voor multilevel analyses gecorrigeerd moet worden voor deze variabele. Bovendien is het zelf in feite een indicator voor kwaliteit.

4.5 Conclusies

De CQ-index Staaroperatie biedt een goede basis voor het meten van de kwaliteit vanuit patiëntenbeleving van de zorg rondom een staaroperatie. Daarnaast kunnen ziekenhuizen

de vragenlijst gebruiken om hun zorgverlening aan te passen aan de wensen en behoeften van hun patiënten.

De belangrijkste conclusie uit dit rapport is dat het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie beperkt is. Zeven uitkomstmaten bleken geen significante verschillen tussen ziekenhuizen te laten zien en voor de overige uitkomstmaten werd maximaal 3% van de variatie verklaard door verschillen op ziekenhuisniveau (op één los item na). Verschillen tussen ziekenhuizen komen met de CQ-index Staaroperatie dus nauwelijks naar voren. De vraag is of dit komt omdat er geen verschillen zijn in de kwaliteit van de geleverde zorg (in de ogen van de patiënt) of dat de vragen niet de onderwerpen betreffen waarop de ziekenhuizen verschillen. Gezien de hoge waarderingscijfers voor de overall behandeling lijkt het eerste meer aannemelijk dan het andere. Dit betekent dat in alle (onderzochte) ziekenhuizen de geleverde zorg rondom de staaroperatie van goede kwaliteit is en dat het niet veel uitmaakt naar welk ziekenhuis men gaat. Wel zijn er per individueel ziekenhuis verbeterpunten aan te wijzen op basis van de CQ-index Staaroperatie (zie Brouwer et al., 2006). Ziekenhuizen kunnen deze gebruiken om hun service verder te optimaliseren.

Literatuur

- Brouwer W, Sixma HJ, Triemstra M, Delnoij DM. *Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Delnoij DM, Asbroek GT ten, Arah OA, Koning JS de, Stam P, et al. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS(R)) into the Dutch social insurance system. *Eur J Public Health*, 2006; 16:652-9
- Dillman DA. *Mail and internet surveys: the Tailored Design Method*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2000
- Friedman DS, Reeves SW, Bass EB, Lubomski LH, Fleisher LA, Schein OD. Patient preferences for anaesthesia management during cataract surgery. *Br J Ophthalmol.*, 2004; 88:333-5
- Goldstein E, Farquhar M, Crofton C, Darby C, Garfinkel S. Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS Hospital Survey development process. *Health Serv Res*, 2005; 40:1977-95
- Hargraves JL, Hays RD, Cleary PD. Psychometric properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) 2.0 adult core survey. *Health Serv Res*, 2003; 38:1509-27
- Harris IB, Rich EC, Crowson TW. Attitudes of internal medicine residents and staff physicians toward various patient characteristics. *J Med Educ*, 1985; 60:192-5
- Hays RD, Shaul JA, Williams VS, Lubalin JS, Harris-Kojetin LD, et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. Consumer Assessment of Health Plans Study. *Med Care*, 1999; 37:MS22-MS31
- Hekkink CF, Sixma HJ, Wigersma L, Yzermans CJ, Meer JT van der, et al. QUOTE-HIV: an instrument for assessing quality of HIV care from the patients' perspective. *Qual Saf Health Care*, 2003; 12:188-93
- Hoecke K van. Functioneren van ouderen: meting met de SF-12. *Huisarts Nu*, 1999; 28:323-8
- Keller S, O'Malley AJ, Hays RD, Matthew RA, Zaslavsky AM, et al. Methods used to streamline the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*, 2005; 40:2057-77
- Monestam E, Kuusik M, Wachtmeister L. Topical anesthesia for cataract surgery: a population-based perspective. *J Cataract Refract Surg*, 2001; 27:445-51
- Nijkamp MD, Sixma HJ, Afman H, Hiddema F, Koopmans SA, et al. Quality of care from the perspective of the cataract patient: QUOTE cataract questionnaire. *J Cataract Refract Surg*, 2002a; 28:1924-31
- Nijkamp MD, Sixma HJ, Afman H, Hiddema F, Koopmans SA, et al. Quality of care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-cataract. *Br J Ophthalmol*, 2002b; 86:840-2

- O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborski L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*, 2005; 40:2162-81
- O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Hays RD, Hepner KA, Keller S, Cleary PD. Exploratory factor analyses of the CAHPS Hospital Pilot Survey responses across and within medical, surgical, and obstetric services. *Health Serv Res*, 2005; 40:2078-95
- Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. Quality of Care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998; 1:82-95
- Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing*, 2000b; 29:173-8
- Stubbe JH, Brouwer W, Delnoij DM. Patients' experiences with quality of hospital care: the Consumer Quality Index Cataract Questionnaire. *BMC Ophthalmol*, 2007; 7:14
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *How to score the SF-12 Physical and mental health summary scales*. Boston: Health Institute, New England Medical Center, 1995



Vragenlijst

Staar

Ervaringen

Versie 1.0

Deze vragenlijst is gebaseerd op de QUOTE-Cataract en de internationaal gebruikte CAHPS® vragenlijst en is ontwikkeld door het NIVEL.

Alle informatie waardoor iemand u of uw familie zou kunnen herkennen wordt vertrouwelijk gehouden.

U kunt ervoor kiezen om deze vragenlijst in te vullen of niet. Als u ervoor kiest dit niet te doen, zet u dan in dit vakje een kruisje en stuurt u deze bladzijde terug in de antwoordenvelop. Dit heeft geen gevolgen voor huidige of toekomstige behandelingen.

U ziet een nummer op de voorpagina van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te weten of u uw vragenlijst heeft teruggestuurd zodat we u geen herinneringen hoeven te sturen.

INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST

- ◆ Beantwoord **alle** vragen door een kruisje te zetten in het vakje dat links van uw antwoord staat.
- ◆ Het kan zijn dat u het gevoel heeft dat een bepaalde vraag niet op u van toepassing is of dat u dit bepaalde aspect niet heeft mee gemaakt. Beantwoord deze vraag dan met 'nooit' of 'nee'.
- ◆ Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijl met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:
 - Ja → **Indien Ja, ga door naar vraag 1**
 - Nee

1. Volgens onze gegevens heeft u in de afgelopen 12 maanden een staaroperatie ondergaan. Is dit juist?

¹ Ja

² Nee → *Indien Nee: deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn hem terug te sturen in de bijgevoegde envelop? Een postzegel is niet nodig.*

2. In hoeverre is het een probleem geweest om na een verwijzing zo snel als u wilde een afspraak bij een oogarts te krijgen voor uw staar?

¹ Een groot probleem

² Een klein probleem

³ Geen probleem

3. Heeft u al eerder een staaroperatie ondergaan?

¹ Ja

² Nee

4. Heeft u naast staar nog één of meerdere andere oogaandoeningen?

¹ Ja

² Nee → *Indien nee, ga door naar vraag 6*

5. Welke oogaandoening is dit? *Meerdere antwoorden mogelijk*

¹ Ouderdomsslijtage van het netvlies (maculaire degeneratie)

² Verhoogde oogdruk met gezichtsveldschade (glaucoom)

³ Suikerziekte-afwijkingen op het netvlies

⁴ Ziekte van het hoornvlies

⁵ Inwendige oogontstekingen

⁶ Netvliesloslating

⁷ Lui oog

⁸ Anders, namelijk

DE ZORG VOOR U DOOR OOGARTSEN

De volgende vragen gaan over **al uw contacten met uw oogarts voor de behandeling van uw staar.**

Als u met meer dan één oogarts te maken heeft gehad, geef uw oordeel dan over de oogarts met wie u het meest te maken heeft gehad.

6. Hoe lang duurde een consult bij uw oogarts gemiddeld?

¹ Korter dan 5 minuten

² Tussen de 5 en 10 minuten

³ Tussen de 10 en 15 minuten

⁴ Langer dan 15 minuten?

7. Hoe vaak behandelde uw oogarts u met beleefdheid en respect?

¹ Nooit

² Soms

³ Meestal

⁴ Altijd

8. Hoe vaak luisterde uw oogarts met aandacht naar u?

¹ Nooit

² Soms

³ Meestal

⁴ Altijd

9. Hoe vaak legde uw oogarts u dingen uit op een manier die u begreep?

¹ Nooit

² Soms

³ Meestal

⁴ Altijd

10. Hoe vaak besteedde uw oogarts voldoende tijd aan u?

¹ Nooit

² Soms

³ Meestal

⁴ Altijd

11. Hoe vaak ging uw oogarts serius in op al uw vragen die te maken hadden met uw staaroperatie?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
12. Hoe vaak betrok uw oogarts u, zoveel als u wilde, bij beslissingen over uw behandeling?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
13. Hoe vaak hield uw oogarts rekening met uw specifieke wensen?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
14. Hoe vaak bent u binnen 15 minuten na uw afspraak met uw oogarts toegelaten tot de spreek- of onderzoekkamer?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
15. Hoe vaak had u contact met dezelfde oogarts?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
16. Hoe vaak was uw oogarts bereid met u over zaken te praten die naar uw mening niet goed waren verlopen?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
⁵ Er zijn geen zaken geweest die naar mijn mening niet goed zijn verlopen
17. Heeft uw oogarts u verteld wat de risico's van een staaroperatie waren?
- ¹ Ja
² Nee
18. Was uw oogarts op de hoogte van uw algemene gezondheidstoestand?
- ¹ Ja
² Nee
19. Heeft uw oogarts u tijdens uw staaroperatie precies verteld wat er gebeurde?
- ¹ Ja
² Nee
³ Kan ik me niet meer herinneren
⁴ Ik was onder volledige narcose
20. Hoe vaak bent u na uw staaroperatie nog op consult geweest?
- ¹ 1 keer
² 2 keer
³ 3 keer
⁴ 4 keer
⁵ Anders, namelijk
- consulten

21. We willen weten wat u van de zorg vindt die u van uw oogarts ontving rond de behandeling van uw staar.

Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorg is en 10 de best mogelijke zorg, zou u geven voor de zorg die u van uw oogarts kreeg.

- ¹ 0 Slechtst mogelijke zorg van
² 1 de oogarts
³ 2
⁴ 3
⁵ 4
⁶ 5
⁷ 6
⁸ 7
⁹ 8
¹⁰ 9
¹¹ 10 Best mogelijke zorg van de oogarts

DE AFDELING OOGHEELKUNDE/KLINIEK

De volgende vragen hebben betrekking op de afdeling oogheelkunde van het ziekenhuis of de zelfstandige kliniek waar u bent behandeld. Het gaat hierbij zowel om het geven van informatie, het maken van afspraken als de omgeving.

22. Heeft u de afdeling oogheelkunde of de kliniek gebeld voor informatie of om hulp te krijgen?
- ¹ Ja
² Nee → *Indien nee, ga door naar vraag 24*
23. In hoeverre is het een probleem geweest om de informatie of hulp te krijgen die u nodig had als u de afdeling oogheelkunde of de kliniek belde?
- ¹ Een groot probleem
² Een klein probleem
³ Geen probleem

24. Hoe lang heeft u moeten wachten voor u staaroperatie?

weken

25. Op welke manier bent u geïnformeerd over de dag en het tijdstip van uw staaroperatie?
- ¹ Via een brief thuis
² Via een telefoontje van de poli/afdeling oogheelkunde of de kliniek
³ Tijdens mijn afspraak op de afdeling oogheelkunde of de kliniek
26. Konden alle voorbereidende onderzoeken voor uw staaroperatie op één dag plaatsvinden?
- ¹ Ja
² Nee
27. Is de wacht- en praktijkruimte van de afdeling oogheelkunde of de kliniek goed toegankelijk voor rolstoelgebruikers of mensen die slecht ter been zijn?
- ¹ Ja
² Nee
28. Beschikt de afdeling oogheelkunde of de kliniek over een balie met voldoende privacy?
- ¹ Ja
² Nee
29. Beschikt de afdeling oogheelkunde of de kliniek over voldoende mogelijkheden om iets te eten of te drinken?
- ¹ Ja
² Nee
-

DE ZORG VOOR U DOOR VERPLEEGKUNDIGEN

De volgende vragen gaan over de contacten die u met de verpleegkundigen heeft gehad in het ziekenhuis of de kliniek waar u uw staaroperatie heeft ondergaan.

30. Hoe vaak behandelden verpleegkundigen u met beleefdheid en respect?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
31. Hoe vaak luisterden verpleegkundigen met aandacht naar u?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
32. Hoe vaak legden verpleegkundigen u dingen uit op een manier die u begreep?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

33. We willen weten wat u van de zorg vindt die u van verpleegkundigen kreeg rond uw staaroperatie.

Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorg is en 10 de best mogelijke zorg, zou u geven voor de zorg die u kreeg van alle verpleegkundigen die u hebben behandeld?

- ¹ 0 Slechtst mogelijke zorg van
² 1 verpleegkundigen
³ 2
⁴ 3
⁵ 4
⁶ 5
⁷ 6
⁸ 7
⁹ 8
¹⁰ 9
¹¹ 10 Best mogelijke zorg van verpleegkundigen

INFORMATIE

In de volgende vragen wordt ingegaan op de verschillende aspecten van informatievoorziening rondom de behandeling van uw staar.

34. Heeft u een informatiefolder gekregen waarin precies beschreven staat wat een staaroperatie inhoudt?
- ¹ Ja
² Nee → *Indien nee, ga door naar vraag 36*
35. In hoeverre was het een probleem om deze informatiefolder goed te begrijpen?
- ¹ Een groot probleem
² Een klein probleem
³ Geen probleem

36. Heeft iemand met u besproken wat u na uw staaroperatie moest doen in geval van nood?
- ¹ Ja
² Nee
37. Heeft iemand u verteld wat de gevolgen van uw staaroperatie zijn voor het gebruik van uw bril?
- ¹ Ja
² Nee
³ Ik draag geen bril
38. Hoe vaak was de informatie over u als patiënt door de verschillende artsen en andere hulpverleners goed op elkaar afgestemd?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
39. Hoe vaak is de zorg die u kreeg, afgestemd op de zorg van andere hulpverleners (optometrist, verpleegkundige, huisarts, etc.)?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
40. Heeft u informatie gekregen over welke activiteiten u wel en niet kon doen na uw staaroperatie?
- ¹ Ja
² Nee
41. Heeft u met iemand gesproken in hoeverre u thuis de nodige hulp zou hebben na u uw staaroperatie?
- ¹ Ja
² Nee

42. Heeft u informatie gekregen over de symptomen of gezondheidsproblemen waarop u na uw staaroperatie moest letten?
- ¹ Ja
² Nee

PIJNBESTRIJDING EN MEDICATIE

De volgende vragen gaan over de mogelijke pijn die u heeft gehad tijdens u behandeling voor staar. Ook volgen een aantal vragen over de medicijnen (oogdruppels en/of oogzalf) zoals deze na uw staaroperatie zijn voorgeschreven.

43. Wat voor soort verdoving heeft u gehad voor uw staaroperatie?
- ¹ Injectieverdoving
² Druppelverdoving → **Indien druppelverdoving, ga door naar vraag 45**
³ Narcose → **Indien narcose, ga door naar vraag 45**
44. Heeft u voordat u de injectieverdoving naast uw oog kreeg, nog een premedicatie ('slaapje/roesje') gehad?
- ¹ Ja
² Nee
45. Heeft u tijdens uw (dag)opname voor uw staaroperatie naar pijnstillers moeten vragen?
- ¹ Ja
² Nee
46. Heeft u pijn gehad tijdens uw staaroperatie?
- ¹ Ja
² Nee

47. Heeft u na uw staaroperatie volgens uw oogarts nog last gehad van complicaties?

- ¹ Ja
² Nee

48. Bent u na uw staaroperatie binnen 3 weken opnieuw aan hetzelfde oog geopereerd?

- ¹ Ja
² Nee

49. Hoe vaak gaven oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel in voor u begrijpelijke taal uitleg over oogdruppels en/of oogzalf die zijn voorgeschreven?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

50. Hoe vaak vroegen oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u of u allergisch bent voor jodium?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

51. Hoe vaak vroegen oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u of u allergisch bent voor bepaalde geneesmiddelen?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

52. Hoe vaak hebben oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u mogelijke bijwerkingen uitgelegd op een manier die u kon begrijpen?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

TOTALE BEOORDELING ZIEKENHUIS/KLINIEK

53. Kon u na uw staaroperatie het ziekenhuis/de kliniek dezelfde dag weer verlaten?

- ¹ Ja
² Nee, ik ben 1 of meerdere nachten in het ziekenhuis/de kliniek gebleven

54. We willen weten wat u vindt van dit ziekenhuis of kliniek.

Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 het slechtst mogelijke ziekenhuis of kliniek is en 10 het best mogelijke ziekenhuis of kliniek, zou u dit ziekenhuis of deze kliniek geven.

- ¹ 0 Slechtst mogelijke
² 1 ziekenhuis/kliniek
³ 2
⁴ 3
⁵ 4
⁶ 5
⁷ 6
⁸ 7
⁹ 8
¹⁰ 9
¹¹ 10 Best mogelijke ziekenhuis/kliniek

55. Zou u dit ziekenhuis of deze kliniek bij uw vrienden en familie aanbevelen?

- ¹ Beslist niet
² Waarschijnlijk niet
³ Waarschijnlijk wel
⁴ Beslist wel

56. Heeft u inmiddels een aangepaste bril?

- ¹ Ja
² Nee → *Indien nee, ga door naar vraag 58*
³ Ik draag geen bril

57. Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u a.u.b. bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken. Maak op elke regel 1 vierkantje zwart.

	nu beter dan voor de operatie	geen verschil	nu slechter dan voor de operatie
a. goed dichtbij kunnen zien (bijvoorbeeld een krant of boek lezen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. samenwerking tussen beide ogen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. gevoel van onafhankelijkheid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. goed veraf kunnen zien (bijvoorbeeld mensen aan de overkant van de straat herkennen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. doen van de normale bezigheden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f. geen last hebben van felle lichten (bijvoorbeeld lampen van tegemoet komende auto's 's nachts)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
g. mogelijkheid tot deelname aan het verkeer (bijvoorbeeld als voetganger, fietser of automobilist)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
h. geen dingen dubbel zien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
i. goed op middelgrote afstand kunnen zien (bijvoorbeeld het kunnen lezen van de ondertitels op televisie)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
j. helder en kleurrijk zien van dingen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
k. goed erg dichtbij kunnen zien (bijvoorbeeld borduren, knutselen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
l. geen dingen wazig zien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

UW ZORGVERZEKERAAR

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle hulpverleners (zoals bijvoorbeeld (oog)artsen) contracten af te sluiten. Verzekerden die gebruik willen maken van niet-gecontracteerde hulpverleners moeten de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk zelf betalen.

58. Wilde u een oogarts bezoeken ten behoeve van uw staaroperatie die geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?
- ¹ Ja
- ² Nee → *Indien nee, ga door naar vraag 60*
- ³ Weet ik niet → *Indien weet ik niet, ga door naar vraag 60*
59. In hoeverre is het een probleem geweest dat de oogarts die u wilde bezoeken, geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?
- ¹ Een groot probleem
- ² Een klein probleem
- ³ Geen probleem
60. Heeft u met betrekking tot uw staaroperatie toestemming nodig gehad van uw zorgverzekeraar?
- ¹ Ja
- ² Nee → *Indien nee, ga door naar vraag 62*
61. In hoeverre is het een probleem geweest om deze toestemming met betrekking tot uw staaroperatie te krijgen?
- ¹ Een groot probleem
- ² Een klein probleem
- ³ Geen probleem

62. Werd uw staaroperatie volledig vergoed door uw zorgverzekeraar?
- ¹ Ja
- ² Nee
63. Hoe vaak, sinds u onder behandeling bent voor uw staar, schreef uw oogarts medicijnen voor die volledig vergoed worden door uw zorgverzekering?
- ¹ Nooit
- ² Soms
- ³ Meestal
- ⁴ Altijd

OVER UZELF

64. Wat is momenteel uw leeftijd?
- ¹ 18 t/m 24 jaar
- ² 25 t/m 34 jaar
- ³ 35 t/m 44 jaar
- ⁴ 45 t/m 54 jaar
- ⁵ 55 t/m 64 jaar
- ⁶ 65 t/m 74 jaar
- ⁷ 75 t/m 79 jaar
- ⁸ 80 jaar of ouder
65. Bent u een man of een vrouw?
- ¹ Man
- ² Vrouw

66. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

- 1 Geen onderwijs gevolgd of het (nog) niet afgemaakt
- 2 Lagere school (basisonderwijs)
- 3 Lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHNO, huishoud-/ ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- 4 Voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- 5 Middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- 6 Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool, etc.)
- 7 Voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO, etc.)
- 8 Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, Sociale Academie, HHNO, Lerarenonderwijs, etc.), kandidaatsexamen
- 9 Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- 10 Post academisch (notariaat, doctorstitel, artsexamen)
- 11 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

67. In welk land heeft u deze opleiding afgerond?

- 1 Nederland
- 2 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

68. Wat is het geboorteland van uzelf?

- 1 Nederland
- 2 Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- 3 Suriname
- 4 Marokko
- 5 Turkije
- 6 Duitsland
- 7 Nederlandse Antillen
- 8 Aruba
- 9 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

69. Wat is het geboorteland van uw vader?

- 1 Nederland
- 2 Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- 3 Suriname
- 4 Marokko
- 5 Turkije
- 6 Duitsland
- 7 Nederlandse Antillen
- 8 Aruba
- 9 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

70. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- 1 Nederland
- 2 Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- 3 Suriname
- 4 Marokko
- 5 Turkije
- 6 Duitsland
- 7 Nederlandse Antillen
- 8 Aruba
- 9 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

71. Welke taal spreekt u thuis meestal?

¹ Nederlands

² Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

72. Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

¹ Ja

² Nee → **Indien nee, ga door naar vraag 74**

73. Hoe heeft die persoon u geholpen?

Kruis alles aan dat van toepassing is.

¹ Heeft de vragen voorgelezen

² Heeft mijn antwoorden opgeschreven/aangekruist

³ Heeft de vragen voor me beantwoord

⁴ Heeft de vragen in mijn taal vertaald

⁵ Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

UW GEZONDHEID

Dit laatste deel van de vragenlijst gaat over uw gezondheid. Met behulp van deze gegevens krijgen wij een beeld van hoe u zich voelt en hoe goed u in staat bent uw gebruikelijke bezigheden uit te voeren.

74. Hieronder staat een aantal ziekten en aandoeningen. Wilt u per ziekte of aandoening aankruisen of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad. Het is mogelijk dat uw aandoening(en) niet op de onderstaande lijst voorkomt(-komen). In dat geval is onderaan de lijst ruimte om andere aandoeningen in te vullen.

- ¹ Astma, COPD (chronische bronchitis, longemfyseem) / CARA
- ² Ontsteking neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte
- ³ Ernstige hartkwaal of hartinfarct
- ⁴ Hooikoorts
- ⁵ Eczeem
- ⁶ Hoge bloeddruk
- ⁷ (Gevolgen van) een beroerte
- ⁸ Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm
- ⁹ Ernstige darmstoornissen langer dan drie maanden
- ¹⁰ Galstenen of galblaasontsteking
- ¹¹ Leverziekte of levercirrose
- ¹² Nierstenen
- ¹³ Ernstige nierziekte
- ¹⁴ Chronische blaasontsteking
- ¹⁵ Verzakking (alleen vrouwen)
- ¹⁶ Suikerziekte
- ¹⁷ Schildklierafwijking
- ¹⁸ Rugaandoening van hardnekkige aard, langer dan drie maanden, of hernia
- ¹⁹ Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen
- ²⁰ Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten
- ²¹ Andere chronische reuma, langer dan drie maanden
- ²² Epilepsie
- ²³ Duizeligheid met vallen
- ²⁴ Migraine
- ²⁵ Ernstige huidziekte
- ²⁶ Kwaadaardige aandoening of kanker
- ²⁷ Andere langdurige of chronische aandoening, namelijk:

1.

2.

3.

75. Hoe zou u, over het geheel genomen, uw algemene gezondheid van dit moment omschrijven?

- 1 Uitstekend
2 Zeer goed
3 Goed
4 Matig
5 Slecht

76. De volgende vragen gaan over bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

- | | Ja, ernstig
beperkt | Ja, een
beetje
beperkt | Nee,
helemaal
niet beperkt |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| a. matige inspanning zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, zwemmen of fietsen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. een paar trappen lopen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

77. Heeft u in de afgelopen 4 weken, een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

- | | Ja | Nee |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. U heeft minder bereikt dan u zou willen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

78. Heeft u in de afgelopen 4 weken, een van de volgende problemen ondervonden bij uw werk of andere bezigheden ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressieve of angstige gevoelens)?

- | | Ja | Nee |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. U heeft minder bereikt dan u zou willen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. U deed uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

79. In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)

- 1 Helemaal niet
2 Een klein beetje
3 Nogal
4 Veel
5 Heel erg veel

80. Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u a.u.b. bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde.

	Altijd	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
a. Voelde u zich rustig en tevreden?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. Had u veel energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c. Voelde u zich somber en neerslachtig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

81. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc.)

- 1 Altijd
- 2 Meestal
- 3 Soms
- 4 Zelden
- 5 Nooit

**HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN
VAN DE VRAGENLIJST**

**Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in
de bijgevoegde antwoordenvolp.
Een postzegel is niet nodig.**

