

Ervaringenlijst Diabetes

Onderzoek naar het discriminerend vermogen

Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC-UvA

Dr. I. Rupp

Drs. A. Smulders

Prof.dr. N.S. Klazinga

NIVEL

Dr. D. Delnoij

Drs. P. Spreeuwenberg



ISBN-10: 90-71433-74-9

ISBN-13: 978-90-71433-74-0

Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC-UvA

Telefoon 020-5664602

Fax 020-6972316

© 2006 Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC-UvA, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam

Niets uit deze opgave 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 de Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC-UvA. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.

De **Ervaringenlijst Diabetes** is eigendom van de Stichting Miletus. Niets uit deze lijst mag worden gekopieerd of gebruikt zonder expliciete en schriftelijke toestemming van de eigenaar.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1. Achtergrond en doelstelling	7
1.2. Opbouw rapport	9
2 Introductie meetinstrument	10
2.1. Samenvatting intern validatierapport 2004	10
2.2. Aanpassingen meetinstrument in 2005	12
3 Steekproeftrekking	13
4 Kwalitatieve beschrijving diabeteszorg in de geselecteerde netwerken	15
4.1. Methode	15
Overzichtsschema	17
4.2. Analyse/Resultaten	20
4.2.1. Samenstelling dagelijks diabetesteam	20
4.2.2. Protocol op praktijkniveau	22
4.2.3. Controle	24
4.2.4. Database	25
4.3. Algemene conclusie kwalitatieve beschrijving netwerken	26
5 Verzending, dataverzameling/invoer en data controle	27
5.1. Verzending, dataverzameling/invoer	27
5.2. Kwaliteitscontrole elektronisch databestand	27
5.3. Samenvatting en conclusie kwaliteitscontrole	29
6 Overzicht (non)respons	30
6.1. Compleetheid	30
6.2. Beschrijving (non)respondenten	30
Flow van (non)respondenten	32
Overzicht respons	33
Overzicht leeftijd en geslacht	34
7 Psychometrische eigenschappen	36
7.1. (In)consistenties ervaringsvragen per hulpverlener	36
Tabellen inconsistentie	36
7.2. Schaalconstructie	45
7.2.1. Methode	45
7.2.2. Samenvatting resultaten	46
Tabellen resultaten schaalconstructie	50

8 Case-mix adjustment	56
8.1. Explanatory power	56
8.2. Conclusie	57
Tabellen resultaten	59
9 Discriminerend vermogen	65
9.1. Multilevel analyses	65
9.2. Bepaling intra-klasse-correlatie (ICC)	66
9.3. Invloed van Steekproefgrootte	69
9.4. Indeling diabetesnetwerken in drie klassen	73
Figuren	75
9.5. Conclusie	88
10 Hangen de (verschillen) in ervaringen samen met de organisatie van de diabeteszorg?	89
10.1. De invloed van het organisatieniveau op patiëntervaringen	89
11 Key findings/Conclusies/Aanbevelingen	92
Literatuurlijst	96
Appendix	98
Bijlage 1: Ervarenlijst diabetes	98
Bijlage 2: Topiclijst “Algemene vragenlijst inventarisatie diabeteszorg”	116
Bijlage 3: Correlaties tussen items per hulpverlener	118
Bijlage 4: Correlaties tussen uitkomstvariabelen en organisatieniveau	122

Voorwoord

In mei 2004 is het interne validatierapport "*Ervaringen van Agis-verzekerden met de zorg. Pilotstudie naar mogelijkheden voor de implementatie van CAHPS® in de Nederlandse gezondheidszorg*" voor en in opdracht van Agis Zorgverzekeringen geschreven.

In dat rapport wordt verslag gedaan van de ontwikkeling en het onderzoek naar de (interne) validiteit van drie instrumenten, te weten de Ervaringenlijst Algemeen, de Ervaringenlijst Ziekenhuizen en de Ervaringenlijst Diabetes, allen gebaseerd op de kernmodules van de CAHPS®. Concluderend kon worden vastgesteld dat met de drie instrumenten ervaringen valide en consistent kunnen worden gemeten.

Het voorliggende rapport doet verslag van de tweede fase van de validatie van één van de drie eerder genoemde instrumenten, te weten de Ervaringenlijst Diabetes. Deze tweede fase heeft zich gericht op het discriminerend vermogen van het instrument.

Het onderzoek is in opdracht van ZonMw uitgevoerd door de afdeling Sociale Geneeskunde in samenwerking met het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in het kader van het voorhoedeproject "Aandoeningspecifieke indicatoren" waarin onderzoek werd gedaan naar de ontwikkeling van drie aandoeningspecifieke (diabetes, cataract en knie/-heupoperaties) vragenlijsten, gericht op de patiëntgerichtheid van de zorg.

De stichting Miletus is eigenaar en beheerder van de Ervaringenlijst Diabetes; Agis Zorgverzekeringen was verantwoordelijk voor de steekproeftrekking.

Samenvatting

Inleiding

In 2004 zijn in een pilotstudie de psychometrische eigenschappen van de Ervaringenlijst Diabetes onderzocht. Geconcludeerd werd dat met de Ervaringenlijst Diabetes patiëntervaringen valide en consistent kunnen worden gemeten.

Van augustus tot oktober 2005 is ten behoeve van het testen van het discriminerend vermogen van de Ervaringenlijst Diabetes een studie uitgevoerd onder 6954 Agis verzekerden met diabetes type 2 die onder behandeling zijn bij 17 verschillende diabetesnetwerken/zorgaanbieders. Daarnaast zijn interviews gehouden met een vertegenwoordiger van de geselecteerde netwerken ten behoeve van een kwalitatieve beschrijving van de organisatie van diabeteszorg binnen de geselecteerde netwerken.

Bevindingen

De bruto overall-respons op de studie was 62.9%, de netto overall-respons 58.1.

In navolging van de bevindingen uit de pilotstudie konden per hulpverlener (huisarts, internist, verpleegkundige en diëtist) drie identieke schalen worden vastgesteld, namelijk 1) hulpverlener-patiënt communicatie/interactie, 2) diabetes specifieke communicatie en 3) bereikbaarheid en bejegening door medewerkers. Daarnaast kon een schaal over problemen betreffende reistijd naar controles worden samengesteld.

Omdat patiëntkenmerken van invloed kunnen zijn op de resultaten van onderzoek naar ervaringen zijn een drietal correctie-variabelen (leeftijd, opleiding en algemene gezondheid) vastgesteld voor "case-mix adjustment".

Multilevel analyses werden uitgevoerd met als doel het discriminerend vermogen van de Ervaringenlijst Diabetes te testen. Uitkomstvariabelen waren de drie vastgestelde schalen en de algemene oordelen (=global ratings) per hulpverlener, het algemene oordeel over de diabeteszorg en de zorgverzekeraar en de schaal over reistijd naar controles.

Het bleek - met name met betrekking tot internist en diëtist - statistisch niet mogelijk om de analyses voor alle uitkomstvariabelen uit te voeren. Bovendien kon de tussen- netwerk variantie voor veel uitkomsten niet significant worden geschat.

Met uitzondering van de schaal "bereikbaarheid en bejegening door medewerkers", en dan in het bijzonder bij de huisarts, bleek over het algemeen de invloed van de netwerken op verschillen in patiëntervaringen beperkt te zijn. Hiermee moet rekening worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten.

Verschillen tussen netwerken konden maar in beperkte mate worden aangetoond. Het discriminerend vermogen van de "global ratings" bleek over het algemeen slecht, hetgeen

het belang bevestigt van het vragen naar specifieke aspecten in plaats van naar algemene oordelen.

De kwalitatieve beschrijving van de organisatie van diabeteszorg binnen de geselecteerde netwerken liet zien dat de diversiteit zowel binnen netwerken als ook tussen netwerken groot is.

Conclusies

Samenvattend kan worden vastgesteld dat in dit onderzoek de Ervaringenlijst Diabetes maar beperkt in staat lijkt om te discrimineren tussen netwerken. Dit ligt mogelijk deels aan de lijst, maar is deels zeker ook terug te voeren op beperkingen in de steekproefsamenstelling en de diversiteit en heterogeniteit binnen en tussen netwerken.

Een aanbeveling is om de lijst op een aantal punten aan te passen en pas landelijk (voor benchmarking) in te zetten als de structuur van diabetesnetwerken duidelijker is uitgekristalliseerd.

In de tussentijd dienen de huidige beperkingen in acht te worden genomen bij gebruik van de resultaten ten behoeve van keuze-informatie voor consumenten en patiënten en zorginkoop-informatie voor verzekeraars.

1 Inleiding

1.1. Achtergrond en doelstelling

Een belangrijke randvoorwaarde voor een succesvolle invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet vanaf 1 januari 2006 en de daarmee verbonden bevordering van een vraaggestuurd zorgstelsel is transparantie van prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Immers, alleen indien consumenten beschikken over toegankelijke en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen zij komen tot een wel overwogen en op hun individuele behoeften afgestemde keuze.

Vanuit ZonMw werd daarom onder andere het voorhoedeproject “Aandoeningspecifieke indicatoren” geïnitieerd met als doel om indicatoren te ontwikkelen met betrekking tot de kwaliteit van het zorgaanbod rondom specifieke aandoeningen. Hierbij kunnen met betrekking tot kwaliteit van zorg drie verschillende aspecten worden onderscheiden, te weten effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid. Met patiëntgerichtheid wordt de “kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt” bedoeld, met andere woorden patiëntgerichtheid geeft weer hoe patiënten de zorg die ze ontvangen ervaren. In het kader van het voorhoedeproject “Aandoeningspecifieke indicatoren” werd onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van drie aandoeningspecifieke (diabetes, cataract en knie/-heupoperaties) vragenlijsten, gericht op de patiëntgerichtheid van de zorg. De bedoeling is dat deze meetinstrumenten gestandaardiseerde vergelijkende informatie genereren. Standaardisatie van meetinstrumenten maakt vergelijking van verschillende sectoren en bestudering van patiëntervaringen door de gehele zorgketen mogelijk. Idealiter zou deze gestandaardiseerde informatie zowel als keuze-informatie voor consumenten/patiënten moeten dienen als ook als zorginkoopinformatie voor verzekeraars.

Derhalve wordt voor de ontwikkeling van deze nieuwe instrumenten uitgegaan van twee families van veel belovende, wetenschappelijk gefundeerde instrumenten, te weten CAHPS[®] en QUOTE[®]. QUOTE[®] staat voor Quality Of care Through the patients' Eyes (<http://www.nivel.nl/quote>, Sixma et al., 1998). QUOTE[®]-meetinstrumenten zijn beschikbaar voor verschillende ziektebeelden en patiëntencategorieën (bijvoorbeeld: cataract, diabetes, reuma). Daarnaast bestaan er QUOTE[®]-vragenlijsten over diverse aanbieders van zorg. CAHPS[®] staat voor "Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (voorheen "Consumer Assessment of HealthPlan Survey"), een serie wetenschappelijk gevalideerde vragenlijsten voor het meten van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (<https://www.cahps.ahrq.gov>) afkomstig uit de Verenigde Staten. CAHPS[®] is in 1995 ontstaan en ontwikkeld op initiatief van de Agency for Healthcare Research and Quality

(AHRQ); een onderdeel van het United States Department of Health and Human Services (Hays et al., 1999; Harris-Kojetin, et al 1999; Guadagnoli, 2000; Zaslavsky et al, 2002).

Beide typen meetinstrumenten meten ervaringen van consumenten van zorg. Dat is een belangrijke verbetering ten opzichte van vragenlijsten uit de jaren '80, waarin alleen naar tevredenheid van patiënten/consumenten werd gevraagd.

CAHPS[®]-meetinstrumenten onderscheiden zich van de QUOTE's[®] doordat zij vragen naar frequenties waarmee aan kwaliteitseisen is voldaan en niet naar de mate waarin aan kwaliteitseisen is voldaan. Concreet uit zich dat verschil in de gehanteerde antwoordcategorieën. Bij de CAHPS bestaan die uit "altijd, meestal, soms, nooit"; bij de QUOTE bestaan ze uit "ja, eigenlijk wel, eigenlijk niet, nee. Daarnaast wordt in QUOTE[®]-instrumenten niet alleen gevraagd wordt naar de ervaringen van consumenten, maar ook naar het belang dat consumenten hechten aan de verschillende kwaliteitsaspecten.

Over het algemeen geldt dat de QUOTE[®]-systematiek zonder veel problemen kan worden overgezet in een CAHPS[®]-systematiek en vice versa.

Hiermee is concreet ervaring opgedaan bij de ontwikkeling van de 'Ervaringsvragenlijst Diabetes' voor Agis Zorgverzekeringen (AMC-UvA/NIVEL/Agis *Zorgverzekeringen*; 2004). Deze vragenlijst is gebaseerd op een combinatie van CAHPS[®] kernmodules en de QUOTE[®] Diabetes en maakt gebruik van de CAHPS[®]-antwoordsystematiek en lay-out. Het vragen naar het belang is in deze nieuwe lijst achterwege gelaten.

Naar aanleiding van deze eerste studie naar mogelijkheden voor implementatie van CAHPS[®] in de Nederlandse gezondheidszorg werd geconcludeerd dat een drietal op de CAHPS[®] kernmodules gebaseerde instrumenten - te weten de Ervaringenlijst Algemeen, de Ervaringenlijst Ziekenhuizen en de Ervaringenlijst Diabetes - valide en consistent ervaringen van verzekerden/patiënten meten (AMC-UvA/NIVEL/Agis *Zorgverzekeringen*; 2004 ; ten Asbroek et al 2005; Delnoij et al., 2005; Delnoij et al 2006; Arah et al., 2006). Echter, het vermogen van deze lijsten om verschillen tussen aanbieders in kaart te brengen (kortweg aangeduid als discriminerend vermogen) viel toen buiten het bestek van onderzoek.

Het voorliggende rapport richt zich op het onderzoek naar het discriminerend vermogen van de Ervaringenlijst Diabetes: een belangrijke voorwaarde wanneer de vragenlijst gebruikt moet worden voor het verzamelen van keuze-informatie. Immers, als er geen verschillen tussen aanbieders gemeten kan worden, valt er ook niets te kiezen. Daarbij is ook onderzocht of verschillen in ervaren kwaliteit van zorg mogelijk samenhangen met organisatiekenmerken van de desbetreffende netwerken. Dit laatste is interessante informatie voor zorgaanbieders die de kwaliteit van hun diabeteszorg willen verbeteren en voor zorginkoopteams van verzekeraars.

1.2. Opbouw rapport

De onderzoeksvragen kunnen als volgt worden samengevat:

- Kunnen met de Ervaringenlijst Diabetes verschillen in door patiënten ervaren kwaliteit van diabeteszorg worden vastgesteld tussen verschillende diabeteszorg-netwerken van één zorgverzekeraar (te weten Agis Zorgverzekeraar)?
- Hangen deze verschillen in ervaren kwaliteit mogelijk samen met de organisatie van de diabeteszorg in de desbetreffende netwerken?

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zullen de volgende onderwerpen in het rapport worden beschreven:

- Beschrijving en introductie van het meetinstrument
- Steekproeftrekking
- Kwalitatieve beschrijving diabeteszorg in de geselecteerde netwerken
- Verzending, dataverzameling/invoer en datacontrole
- Overzicht (non)respons
- Psychometrische eigenschappen en schaalconstructie
- Case-mix adjustment
- Discriminerend vermogen
- Invloed van het organisatieniveau van een netwerk op de patiëntervaringen
- Key findings/conclusies/aanbevelingen

2 Introductie van het meetinstrument “Ervaringenlijst Diabetes”

In 2004 is in opdracht van en in samenwerking met Agis Zorgverzekering door de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam en het NIVEL de Ervaringenlijst Diabetes in een pilotstudie ontwikkeld en getest. De lijst is gebaseerd op een combinatie van CAHPS[®] kernmodules en de QUOTE[®] Diabetes en bestaat uit grofweg drie delen. Deel 1 heeft betrekking op de patiëntervaringen met de zorg van vier hulpverleners (huisarts, internist, verpleegkundige en diëtist). Het tweede deel richt zich op controles en complicaties. De laatste groep vragen betreft vooral achtergrondkenmerken van de respondent. In een additionele vraag wordt gevraagd naar een algemeen oordeel over de verzekeraar.

In het algemeen worden de CAHPS/QUOTE- ervaringenvragenlijsten gekenmerkt door vier verschillende typen vragen:

- **Screenervragen:** deze vragen moeten door ieder respondent worden ingevuld en dienen om te bepalen of de daaropvolgende vragen op een persoon van toepassing zijn. De antwoordcategorieën zijn “ja”, “nee”. Indien een screenervraag met “ja” wordt beantwoord moet(en) de bijbehorende follow-up vraag (vragen) eveneens zijn beantwoord. Bij “nee” of blanco horen de bijbehorende follow-up vragen te zijn overgeslagen (skipinstructie).
- **Probleemvragen:** met deze vragen wordt nagaan of mensen problemen ervaren bij het krijgen van toegang tot de zorg/zorgverzekeraar. 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”.
- **Global ratings (=algemeen oordeel):** een waardering voor zorg/hulpverleners/verzekeraars op een schaal van 0 (slechtst mogelijke) tot 10 (best mogelijke).

2.1. Samenvatting intern validatierapport 2004

De psychometrische eigenschappen van de Ervaringenlijst Diabetes zijn eerder onderzocht en beschreven in het interne validatierapport voor en in opdracht van Agis Zorgverzekeringen “*Ervaringen van Agis-verzekerden met de zorg. Pilotstudie naar mogelijkheden voor de implementatie van CAHPS[®] in de Nederlandse gezondheidszorg.*”

Omdat het hierbij om een niet openbaar rapport gaat wordt hieronder een korte samenvatting gegeven van de meest relevante bevindingen. Daarnaast staat een Engelstalige publicatie hierover gepland (work in preparation).

- In de pilot in 2004 werd de Ervaringenlijst Diabetes aan 983 patiënten verstuurd. De respons was 63.5%. De leeftijds- en geslachtsverdeling in de groep respondenten respectievelijk non-respondenten kwam overeen met die in de gehele steekproef. Verschillen waren statistisch niet significant.
- Analyse van de compleetheit van screenervragen en de (in)consistentie van het invullen van de bijbehorende vervolgvragen liet zien dat screenervragen in 89.4%-96.3% werden ingevuld en dat over het algemeen vervolgvragen in 81.2% tot 97% valide waren ingevuld. Dit betekent dat zowel de screenervragen als de vervolgvragen redelijk tot goed werden ingevuld en dus de skip-instructies (dat wil zeggen het terecht invullen/overslaan van vervolgvragen) door respondenten redelijk tot goed worden begrepen en opgevolgd.
- Ten aanzien van de ervaringen met de zorg door de vier hulpverleners (huisarts, internist, verpleegkundige en diëtist) is nagegaan of er vragen zijn waarbij 90% of meer van de antwoorden in één categorie vallen (het zogenaamde 90% criterium). Dergelijke vragen leveren weinig additionele informatie op en zouden in aanmerking kunnen komen voor verwijdering uit een volgende versie van de vragenlijst. Analyse liet zien dat antwoorden op vragen betreffende de ervaringen met de vier hulpverleners wel scheef waren verdeeld, maar dat het 90% criterium nooit werd overschreden.
- Schaalconstructie (gebaseerd op deel 1 van de vragenlijst) op basis van de pilotstudie heeft uiteindelijk geleid tot in principe drie schalen, te weten 1) hulpverlener-patiënt communicatie/interactie, 2) diabetes specifieke communicatie en 3) bereikbaarheid en bejegening door medewerkers. Diabetesspecifieke communicatie is van toepassing op alle vier hulpverleners; de schaal interactie/communicatie is van toepassing op huisarts, internist en verpleegkundige; de schaal "bereikbaarheid en bejegening door medewerkers" is van toepassing op huisarts en internist (ten Asbroek et al; 2005).¹
- De vragen over controles en complicaties werden door een merendeel van de respondenten ingevuld. Dit varieert van 85% tot 98% per vraag.
- Het werd geconcludeerd dat met de Ervaringenlijst Diabetes ervaringen van diabetes Type II patiënten valide en consistent kunnen worden gemeten.

¹ In het interne validatierapport wordt nog een iets afwijkende schaalsamenstelling beschreven, maar in verband met de onderlinge vergelijking is men in tweede instantie gekomen tot de hier beschreven schaalconstructie.

- Voor een aantal vragen was het wenselijk om de vraagstelling en/of structuur aan te passen.

2.2. Aanpassingen meetinstrument in 2005

Voor het huidige onderzoek werd de Ervaringenlijst Diabetes op enkele punten aangepast zoals aanbevolen in het interne validatierapport (*AMC-UvA/NIVEL/Agis Zorgverzekeringen; 2004*). Het betrof vooral tekstuele aanpassingen waardoor vragen duidelijker werden, het toevoegen van een achtergrondvraag die in de pilotversie was vergeten (Bent u een man of vrouw?) en aanpassingen van de invulinstructies en antwoordmogelijkheden met betrekking tot de vragen waarbij respondenten geacht worden om bloeddruk- en HbA1c-waardes in te vullen. Verder is de volgorde van vragen per hulpverlener in deel 1 aangepast en is voorafgaande aan de vraag over de “goede begeleiding bij het doseren van insuline” een screenervraag over wel/niet insulinegebruik toegevoegd zodat ook bij die vraag de antwoordcategorieën “nooit/soms/meestal/altijd” kunnen blijven gehanteerd.

In deel 1 en 2 van de vragenlijst zijn op verzoek van Agis vragen over eventuele problemen met de reistijd naar de verschillende hulpverleners en naar controles (bloedonderzoek, voetonderzoek en oogonderzoek) toegevoegd.

De vragenlijst zoals gebruikt in dit onderzoek is terug te vinden als bijlage 1 in de appendix. De Ervaringenlijst Diabetes is eigendom van de Stichting Miletus. Niets uit deze lijst mag worden gekopieerd of gebruikt zonder expliciete en schriftelijke toestemming van de eigenaar.

3 Steekproeftrekking

De Ervaringenlijst Diabetes is eigendom van en wordt beheerd door de Stichting Miletus (opgericht door Agis Zorgverzekeringen, Menzis, VGZ en Delta Lloyd). In het onderzoek naar het discriminerend vermogen was Agis Zorgverzekeringen primair verantwoordelijk voor de steekproeftrekking. Het uitgangspunt was dat idealiter 25 zorggroepen (=netwerken) bij de steekproef betrokken moesten zijn.

Sinds 2005 is Agis in verband met de geplande invoering van een keten DBC (Diagnose Behandel Combinatie) voor diabeteszorg overgegaan om diabeteszorg voor diabetes type 2 zo veel mogelijk als ketenzorg te contracteren bij zorgaanbieders. Deze nieuwe vorm van diabeteszorg heeft de naam Diagis gekregen.

Bij de steekproeftrekking werd in eerste instantie uitgegaan van (potentiële) Diagis contractanten en werd de lijst vervolgens aangevuld met “grote” huisartspraktijken (n=5) met voldoende potentieel te selecteren verzekerden. Dit leverde een lijst van 23 netwerken op; van deze lijst vielen 6 netwerken uiteindelijk weer af omdat er te weinig potentieel te includeren diabeten onder behandeling bleken te zijn. Bij de uiteindelijke steekproef waren dus 17 netwerken betrokken.

Ten tijde van de steekproeftrekking had Agis concreet met vier zorggroepen een Diagis-contract afgesloten. Van deze vier netwerken zijn alle patiënten geïncludeerd (bij één netwerk was het invoeren van het Diagisproject in eerste instantie beperkt tot een deel van de aangesloten praktijken; alleen deze praktijken zijn geïncludeerd).

Met betrekking tot de overige geselecteerde netwerken/zorggroepen (n=13) is op basis van het declaratiebestand uit de populatie verzekerden voor wie diabetesmedicatie was gedeclareerd door Agis of een a-selecte steekproef (streefaantal was +/- 300 patiënten) getrokken (bij voldoende grootte) of zijn alle potentieel te selecteren verzekerden (bij kleinere netwerken) benaderd.

Insluitingcriteria voor potentieel te selecteren mensen waren:

- diabeet op basis van meest recente zogenaamde FIS-bestand (dit bestand bevat onder andere informatie over het afleverdatum, het soort medicijn, het standaardgebruik per dag) en de ATC -codes A10A en A10B (ATC staat voor Anatomical Therapeutical Chemical en verwijst naar een classificatiesysteem waarbij geneesmiddelen worden ingedeeld naar het (orgaan)systeem waar zij werkzaam zijn en naar hun chemische, farmacologische en therapeutische eigenschappen; in dit systeem wordt insuline aangeduid met A10A en orale bloedglucoseverlagende

middelen met A10B); uitslaggevend voor inclusie is dus medicijngebruik: geïnccludeerd wordt diabetes die insuline en/of orale medicatie gebruiken, maar niet diabetes die alleen een dieet volgen

- recent nog verzekerd
- vanaf 50 jaar (o.b.v. enquêtejaar – geboortjaar) om zo goed mogelijk alleen type 2 diabetes te includeren

Deze criteria hebben uiteindelijk geresulteerd in een steekproef van 6954 verzekerden verdeeld over 17 netwerken.

In het volgende hoofdstuk zullen de netwerken naarder worden beschreven.

4 Kwalitatieve beschrijving diabeteszorg in de geselecteerde netwerken

Het in dit rapport beschreven onderzoek rond de Ervaringenlijst Diabetes spitst zich toe op het vaststellen van het discriminerende vermogen. Hiermee wordt bedoeld of er inderdaad verschillen in ervaren kwaliteit van zorg kunnen worden vastgesteld tussen verschillende aanbieders (=netwerken) van diabeteszorg en of die eventuele variatie verklaard kan worden door organisatiekenmerken van de netwerken. Derhalve werd kwalitatief onderzoek verricht naar de organisatie van diabeteszorg binnen de geselecteerde netwerken.

4.1. Methode

Voor de beschrijving van de organisatiekenmerken van de zorg zijn in de periode juli tot september 2005 kwalitatieve interviews gehouden met de participerende diabeteszorgnetwerken.

Alle geselecteerde netwerken en grote huisartsenpraktijken zijn per brief door Agis benaderd. In deze brief werd medewerking gevraagd voor een interview over de organisatiekenmerken betreffende diabeteszorg. Een week na het ontvangen van deze brief zijn de 17 netwerken en huisartsenpraktijken telefonisch benaderd met de vraag of ze geïnteresseerd waren in deelname en is een afspraak gemaakt. Een tweetal netwerken is herhaaldelijk benaderd. Zij gaven echter geen gehoor of belden niet terug, waardoor met deze praktijken geen interview is gehouden.

Een overzicht van de diabeteszorgnetwerken met een korte omschrijving en de geïnterviewde personen is terug te vinden in tabel 1.

Er is bij 15 personen een semi-gestructureerd interview afgenomen. Zoals tabel 1 ook laat zien, zijn de personen die geïnterviewd zijn werkzaam op verschillende niveaus in de organisatie. Het interview vond plaats op het werk van de respondent. Voor het opstellen van de vragenlijst is een inventariserend literatuuronderzoek gedaan naar de belangrijkste organisatiekenmerken voor diabeteszorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van de NHG-standaard, de standaard van de Nederlandse Diabetes Federatie, het rapport 'Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland' (RIVM, 2004) en artikelen over het verlenen van diabeteszorg. Uiteindelijk is voor de volgende onderwerpen gekozen: structuurkenmerken, proceskenmerken, informatiestructuur, feedback en sturing, voordeur en achterdeur. De topiclijst is terug te vinden als bijlage 2 in de appendix.

Tabel 1: Overzicht diabeteszorgnetwerken

Diabetes-netwerk	Beschrijving	Geïnterviewd met
1.	8 Gezondheidscentra	Beleidsmedewerker
2.	Regionale Huisartsenvereniging (RHV) met 140 praktijken.	Huisarts: lid bestuur RHV
3.	5 Gezondheidscentra Diagis-contractant	Huisarts: coördinerende rol voor het Diagisproject
4.	Maatschap van 9 huisartsen	Coördinator groepspraktijk en praktijkondersteuner
6.	Huisartsengroep bestaande uit 10 huisartsenpraktijken	Huisarts
7.	Medische Voorzieningen in de 1 ^e lijn Gezondheidszorg. Medisch Coördinerend Centrum (voor losse huisartsen) en trombosedienst en artsenlab; Diagis-contractant	Directeur en medisch leider
8.	Samenwerkingsverband van 2 ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen, artsenlaboratorium en trombosedienst; Diagis-contractant	Organisatieadviseur
9.	HOEDpraktijk met 2 huisartsen	Huisarts
10.	21 Gezondheidscentra. In elk gezondheidscentra een groepspraktijk; Diagis-contractant (in 7 centra ingevoerd)	Projectmedewerker diabeteszorg
11.	8 Huisartsen	Huisarts: verantwoordelijk voor organisatie diabeteszorg
12.	Samenwerkingsverband tussen +/- 20 huisartsen, thuiszorgorganisatie en ziekenhuis	Huisarts
13.	+/- 40 huisartsenpraktijken	Huisarts: lid Dagelijks Bestuur
19.	Huisartsenpraktijk bestaande uit 2 praktijken met 4 huisartsen	Huisarts
22.	Huisartsenpraktijk bestaande uit 2 huisartsen. Werkt samen met andere huisartsenpraktijk	2 Huisartsen
23.	Gezondheidscentrum met 3 huisartsen	Huisarts

De interviews duurden ongeveer 45 minuten en zijn, met toestemming van de geïnterviewden, opgenomen op geluidsband en getranscribeerd. De concept interviewverslagen zijn ter autorisering aan de geïnterviewden voorgelegd. Na eventuele correcties hebben de geïnterviewden de interviews geaccordeerd teruggestuurd. Op deze manier worden de juiste gegevens meegenomen in de rapportage.

In de analysefase zijn de interviews vergeleken op overeenkomsten en verschillen. Om hierbij een duidelijk overzicht te krijgen, is gebruik gemaakt van een kleurenschema met daarin de belangrijkste onderwerpen uit de interviews (figuur1).

Figuur 1. Overzichtsschema

Diabetesnetwerk		Samenstelling dagelijks diabetesteam	3-maandelijks controle	Jaarlijkse controle	Protocol op praktijkniveau	Database
1.	8 gezondheidscentra verspreid in A'dam					
2.	140 HA-praktijken		Meting 1x per jaar	Cntl.	Helft v/d praktijken	
3.	5 Gezondheidscentra <i>Diagis-contractant</i>	Keten: HA, POH, diëtiste, opticien, lab, internist, oogarts				
4.	9 huisartsen		1x per jaar			
6.	10 HA-praktijken			Ctrl. Prbl gvln		
7.	50 HA-praktijken <i>Diagis-contractant</i>					
8.	30 HA-praktijken 120 HA-en <i>Diagis-contractant</i>	Rest: per praktijk verschillend.			Inhoud per praktijk verschillend	Wordt opgezet
9.	HOED 2 HA-en					Excel-sheet
10.	21 gezondheidscentra <i>Diagis-contractant</i> (in 7 centra ingevoerd)					Komt op gang



11.	8 HA-en			Ziet p niet. Cntl.				
12.	20 HA-en		Cntrl Na jaar cntrl.	OF			Elke prkt eigen HIS	
13.	39 HA-praktijken		OF (oa insline afhnl.	OF		Invulling per praktijk verschillend	Wordt opgezet	
15.	Geen interview							
19.	2 HA/praktijken		Cntrl.		Cntrl.		ATAL-niveau	
20.	Geen interview							
22.	duopraktijk werkt samen met andere praktijk		Inslie afhnl			Nog niet		
23.	gezondheidscentrum: 3 HA-en			Ctrl		D4H	D4H	

Legenda



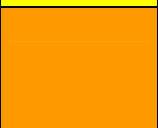

Samenstelling diabetesteam, 3-maandelijke controle en jaarcontrole

	Huisarts
	Doktersassistent
	Praktijkondersteuner
	Praktijkverpleegkundige
	Diabetesverpleegkundige
	Huisartsenlaboratorium

Protocol op praktijkniveau

	WEL protocol (In alle gevallen gebaseerd op NHG-standaard)
	GEEN protocol

Database

	Geen database
	Wel database, maar niet gebruikt om zorg te monitoren en aan te sturen
	Wel database; ook monitoren en aansturen; geen gebruik van prestatie-indicatoren
	Wel database; ook monitoren en aansturen en gebruik van prestatie-indicatoren

4.2. Analyse/resultaten

Alvorens in te gaan op de rapportage van de interviews, moet vermeld worden dat de rapportage gebaseerd is op de organisatie van de diabeteszorg ten tijde van het interview. Het gaat dus om een momentopname. Veel diabetesnetwerken zijn bezig met het doorvoeren van veranderingen in verband met de contractonderhandelingen met de verzekeraar.

4.2.1. Samenstelling dagelijks diabetesteam

Uit de interviews blijkt dat de functies die betrokken zijn bij het dagelijkse diabetesteam de huisarts, de praktijkondersteuner, de praktijkverpleegkundige en de diabetesverpleegkundige zijn.

De huisarts vormt de spil van de gestructureerde zorg voor patiënten met diabetes en is eindverantwoordelijk voor de organisatie van de zorg (Grol & Kaag, 2001).

De praktijkondersteuner verleent gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg. Het accent van de taken ligt op medisch inhoudelijke activiteiten die zich lenen voor taakdelegatie en protocollering. De functie van praktijkondersteuner wordt in de praktijk ingevuld door doktersassistentes, verpleegkundige met al dan niet een specialistische opleiding en op sommige plaatsen door nurse practitioners (Los & Exter, 2005).

De praktijkverpleegkundige verschilt van de diabetesverpleegkundige in die zin dat zij generalistisch werkt en verbonden is aan een huisartsenpraktijk.

De diabetesverpleegkundige is verbonden aan een ziekenhuis of thuiszorgorganisatie. De diabetesverpleegkundige kan een rol hebben voor de praktijkverpleegkundige die te vergelijken is met de rol die de internist heeft voor de huisarts. In de verhouding praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige, diabetesverpleegkundige en huisarts zit het verschil in de mate waarin medisch inhoudelijke taken zelfstandig worden uitgevoerd.

Een aantal van de geïnterviewde huisartsen geeft aan dat voor dezelfde functie twee namen bestaan, namelijk praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige. Officieel zit hier een opleidingsverschil in.

Daarnaast spelen de diëtiste en de podotherapeut een belangrijke rol in de zorg voor diabetes. De wijze waarop patiënten omgaan met voeding en voedingsadviezen is een kritische factor voor het bereiken van een goede diabetesregulatie. Om deze reden draagt professionele dieetadvisering bij aan de doelstellingen van de diabetesbehandeling (Grol & Kaag, 2001). Ook is de aandacht voor voeten bij diabetici van groot belang. Als gevolg van het feit dat diabetespatiënten vaak slecht zien en weinig gevoel hebben in de voeten, kan het soms lang duren voordat plaatsen op de voeten, waar teveel druk en/of wrijving op de huid

plaatsvindt, worden ontdekt (Grol & Kaag, 2001). De podotherapeut speelt een belangrijke rol bij (de preventie van) voetproblemen bij mensen met diabetes.

De diëtiste en de podotherapeut maken vaak niet deel uit van het diabetesteam, maar worden, indien nodig, geconsulteerd.

In de onderzoekspopulatie bestaat het dagelijks diabetesteam voornamelijk uit de huisarts en praktijkondersteuner. Zij worden in een aantal gevallen ondersteund door de doktersassistent (diabetesnetwerken 1, 2, 10, 12 en 13). Daarnaast kan er (ook) een praktijkverpleegkundige in dienst zijn (diabetesnetwerken 1, 6 en 22).

Ook kan het diabetesteam, naast de huisarts en praktijkondersteuner, aangevuld zijn met een diabetesverpleegkundige (diabetesnetwerk 11 en 12).

In de regio Amsterdam kan voor de diabeteszorg het Amsterdams Trombosedienst en Artsen Laboratorium (ATAL) worden ingeschakeld (diabetesnetwerk 19). ATAL biedt 5 modules² aan, waaruit huisartsen kunnen kiezen voor de ondersteuning bij het leveren van gestructureerde diabeteszorg (Grol & Kaag, 2001). Door middel van de modulekeuze beslist de huisarts hoeveel zorg hij wil delegeren aan het diabetessteunpunt van ATAL. ATAL doet de uitvoering van de diabeteszorg; de huisarts blijft echter verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg. Alle nieuwe diabetespatiënten worden door middel van een aanmeldingsformulier bij de diabetesdienst van ATAL aangemeld.

Naast deze grote lijnen zijn er ook een aantal specifieke situaties gevonden die hier vermeld moeten worden.

Het is de bedoeling dat diabeteszorg steeds meer integraal en gecoördineerd wordt aangeboden. Ieder diabetesnetwerk werkt hier naartoe. In deze onderzoekspopulatie blijkt in slechts één situatie (netwerk 3) sprake te zijn van het feit dat het diabetesteam de kern vormt van ketenzorg voor diabetespatiënten. Naast de huisarts en de praktijkondersteuner zijn ook de dokterassistent, fysiotherapeut en apotheker betrokken. De andere ketenpartners zijn diëtisten, internist diabetoloog, oogarts, opticien en de zogenaamde NU-poli (een combinatie van bij voetzorg relevante specialismen).

In de diabetesnetwerken 8 en 13 bestaat het diabetesteam in ieder geval uit de huisarts. Daarnaast is de samenstelling per praktijk verschillend, afhankelijk van de bestaande situatie die geoptimaliseerd wordt bij het opzetten van het diabeteszorgprogramma.

² Module 1: Eigen beheer

Module 2: Eigen beheer minus oproepen

Module 3: Eigen beheer, minus jaarcontrole

Module 4: Eigen beheer, minus oproepen en jaarcontrole

Module 5: Alles uitbesteden

Uit het interview met diabetesnetwerk 1 komt naar voren dat de praktijkverpleegkundigen afkomstig zijn van de thuiszorg. Zij zijn goed geschoolde, kwalitatief hoogwaardige personen, maar hebben hoge kosten. Sinds de komst van de praktijkondersteuner en vanwege het feit dat de taken in de diabeteszorg goed en duidelijk zijn omschreven, wordt de praktijkondersteuner geïntroduceerd. De praktijkverpleegkundige ziet de moeilijke gevallen. Ook in netwerk 22 ziet de praktijkverpleegkundige de insulineafhankelijke patiënten.

Tijdens het interview met diabetesnetwerk 2 werd duidelijk dat er in dit netwerk een tweedeling bestaat voor wat betreft diabeteszorg. De helft van de praktijken (+/- 70) werkt met een praktijkondersteuner; de andere helft niet. De reden hiervoor is dat er een aantal jaren geleden vanwege financiële redenen een stop is gezet op de functie praktijkondersteuner. Dit is echter in het laatste akkoord weer open gegaan. In de praktijken die niet werken met een praktijkondersteuner is de diabeteszorg erg wisselend georganiseerd.

In een aantal diabetesnetwerken (4, 10, 11, 12, 13 en 19) worden alle nieuwe diabetespatiënt door de diëtiste gezien.

Conclusie

Uit het bovenstaande kan de volgende conclusie worden getrokken:

- Het dagelijkse diabetesteam bestaat in veel gevallen in ieder geval uit de huisarts en de praktijkondersteuner. Daarnaast is er veel variatie mogelijk. In diabetesnetwerk 3 maakt het dagelijkse diabetesteam onderdeel uit van ketenzorg.

4.2.2. Protocol op praktijkniveau

De NHG-standaard vormt in alle diabetesnetwerken het uitgangspunt voor de diabeteszorg. Op twee uitzonderingen na (diabetesnetwerk 9 en 22) is de standaard vertaald naar een protocol op praktijkniveau. De uitwerking van het protocol kan per praktijk binnen een diabetesnetwerk verschillen, omdat het zorg blijft binnen de huisartsenpraktijk. Met andere woorden, het kan zijn dat in de uitvoering van de diabeteszorg binnen een netwerk verschillen bestaan tussen de aangesloten praktijken. Vast terugkerende onderdelen in het protocol zijn wie verantwoordelijk is voor de 3-maandelijkse controle en de jaarlijkse controle en wanneer naar welke zorgverlener verwezen moet worden.

Uit de interviews is gebleken dat er over het algemeen weinig afspraken zijn gemaakt met betrekking tot verwijzingen naar hulpverleners die niet in de huisartsenpraktijk werkzaam zijn

en de terugkoppeling van informatie van deze hulpverleners naar de praktijk. Ook over de manier van verwijzen zijn over het algemeen geen afspraken gemaakt. In veel gevallen is er voor iedere discipline een apart standaard aanmeldingsformulier.

Er zijn een aantal uitzonderingen. In diabetesnetwerk 3, waar sprake is van strak geprotocolleerde ketenzorg, zijn er met de ketenpartners afspraken gemaakt betreffende de verwijzing en terugkoppeling van informatie. Met de zorgverleners die niet onder de ketenpartners vallen, zijn er afspraken over de manier van verwijzen. Deze lopen echter nog niet optimaal. In diabetesnetwerk 1, 10, 12 en 13 zijn de momenten waarop verwezen moet worden vastgelegd in het protocol. In de netwerken 1 en 12 is ook vastgelegd hoe verwezen moet worden en in de netwerken 10 en 13 wordt dit momenteel uitgewerkt. Voor de wijze van terugkoppeling van informatie worden in de diabetesnetwerken 1, 10, 12 en 13 nog protocollen ontwikkeld.

In het protocol kan ook vastgelegd zijn dat alle nieuwe diabetespatiënten worden gezien door een diëtiste (diabetesnetwerken 4, 10, 11, 12, 13 en 19). Daarnaast kan vastgelegd zijn dat een andere zorgverlener dan de huisarts de diabetespatiënt instelt op insuline. Dit kan dan gedaan worden door de diabetesverpleegkundige, zoals in de netwerken 4, 7 (bij sommige huisartsen), 9, 11, 12 en 13, of door de praktijkverpleegkundige, zoals in de netwerken 1 en 22.

Daarnaast is in het protocol opgenomen wanneer er verwezen moet worden naar de 2^e lijn. In veel diabetesnetwerken wordt de jaarlijkse oogcontrole uitgevoerd door de oogarts. Dit geldt niet voor de diabetesnetwerken 3, 7, 8, 13, 19 en 23. In deze gevallen wordt de oogcontrole uitgevoerd door de opticien (3), Medisch Coördinerend Centrum (7) of het huisartsenlaboratorium (8, 13, 19 en 23).

In ongeveer de helft van de geïnterviewde diabetesnetwerken is of wordt een protocol geformuleerd over het moment en de manier van verwijzen naar de internist. De huisartsen geven aan dat een diabetespatiënt voor alleen zijn diabetes nauwelijks naar de 2^e lijn wordt verwezen. In het algemeen geldt dat een patiënt wordt verwezen, indien deze moeilijk in te stellen is op insuline of indien er sprake is van complicaties als gevolg van diabetes. De patiënt blijft onder behandeling van de huisarts, behalve als de complicaties dermate ernstig zijn dat specialistische zorg nodig is.

Conclusie:

Hieruit kan de volgende conclusie worden getrokken:

- In de meeste voor dit onderzoek geselecteerde netwerken is de NHG-standaard vertaald naar een protocol op praktijkniveau. Toch lijkt er veel ruimte te bestaan om de verschillende stappen in het protocol in te vullen. Netwerk 3 vormt hier een uitzondering op en geeft de indruk een vaste ketenstructuur te hebben.

4.2.3. Controle

a) 3-maandelijkse controle

Uit het overzicht is af te leiden dat de 3-maandelijkse controle voornamelijk door de praktijkondersteuner gebeurt, waarbij in een aantal gevallen (diabetesnetwerk 1, 2, 10, 12 en 13) metingen of controles worden uitgevoerd door de doktersassistent. Het betreft hier dan voornamelijk de metingen en controles bij niet-insulineafhankelijken.

Tevens kan ook de diabetesverpleegkundige verantwoordelijk zijn voor de 3-maandelijkse controle (diabetesnetwerk 1, 6 en 22). In diabetesnetwerk 1 is dit afhankelijk van de aanwezigheid van een praktijkondersteuner en in diabetesnetwerk 22 ziet de diabetesverpleegkundige de insulineafhankelijken.

In enkele gevallen is de huisarts fysiek betrokken bij de 3-maandelijkse controle (diabetesnetwerk 4, 9, 12 en 19). In netwerk 4 voert de huisarts één controle uit per jaar, in netwerk 9 is alleen een huisarts werkzaam, in netwerk 12 doet de huisarts de 3-maandelijkse controle na de jaarcontrole om te kijken of alles wat afgesproken is, is uitgevoerd en in netwerk 19 heeft de huisarts een controlerende functie na iedere afspraak van een patiënt bij ATAL.

De huisarts is in alle netwerken betrokken bij de 3-maandelijkse controle middels overleg over de diabetespatiënten met de praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige of doktersassistent na een spreekuur of op een vast tijdstip in de week.

De voorlichting, educatie en begeleiding wordt voornamelijk uitgevoerd door diegene die verantwoordelijk is voor de 3-maandelijkse controle. Dit betekent in de meeste gevallen van de diabetesnetwerken dat dit wordt gedaan door de praktijkondersteuner.

Conclusie

De conclusie die hieruit getrokken kan worden, is:

- De 3-maandelijkse controle wordt door de praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige of diabetesverpleegkundige uitgevoerd.
- De huisarts heeft een controlerende functie.

b) Jaarlijkse controle

In tegenstelling tot de 3-maandelijke controle is de huisarts bij de jaarcontrole meer uitvoerend betrokken. Indien hij de jaarcontrole niet zelf uitvoert, heeft hij een controlerende functie (diabetesnetwerk 2, 4, 6, 11, 12, 19 en 23).

Daarnaast kan de jaarcontrole worden gedaan door de praktijkondersteuner (diabetesnetwerk 2, 4, 8, 10, 13 en 23). De huisarts is hier vaak bij betrokken door middel van controle door patiënten voor of na (diabetesnetwerk 6 en 23) de jaarcontrole te zien. Dit kan eventueel ook op papier zijn (diabetesnetwerk 6).

Tevens kan de jaarlijkse controle worden uitgevoerd door de diabetesverpleegkundige (diabetesnetwerk 11 en 12). De huisarts heeft hierbij ook een controlerende functie door na ieder spreekuur te overleggen met de diabetesverpleegkundige respectievelijk de patiënten de eerstvolgende controle te zien om na te gaan of dat alles wat is afgesproken tijdens de jaarcontrole is uitgevoerd.

In diabetesnetwerken 8 en 13 worden de diabetespatiënten voor de jaarcontrole gezien door de huisarts of praktijkondersteuner. Dit is afhankelijk van de bestaande situatie in de verschillende praktijken.

In diabetesnetwerk 10 doet in principe de huisarts de jaarcontrole. Er zijn echter ook praktijken waar de praktijkondersteuner dit helemaal heeft overgenomen en alleen overlegt met de huisarts.

Conclusie

Hoewel de uitvoering van de jaarlijkse controle moeilijk valt in te delen, kan de volgende grove indeling worden gemaakt:

- De huisarts voert de jaarlijkse controle uit.
- De jaarcontrole wordt uitgevoerd door de praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige.
- De jaarlijkse controle wordt uitgevoerd door de huisarts in combinatie met de praktijkondersteuner.

4.2.4. Database

Uit het overzicht valt af te leiden dat er één praktijk is (diabetesnetwerk 3) die alle gegevens over de diabetespatiënten in een database heeft en deze gegevens ook door middel van prestatie-indicatoren gebruikt om de zorgverlening te monitoren en aan te sturen. Daarnaast blijken veel praktijken wel een database te hebben, maar deze gegevens (nog) niet te

gebruiken om de zorgverlening te monitoren en aan te sturen. In een aantal gevallen (diabetesnetwerk 8, 10 en 13) wordt hier aan gewerkt. In drie netwerken (2, 6 en 12) wordt geen gebruik gemaakt van een database. De voornaamste reden hiervoor is dat de HuisartsInformatieSystemen (HIS) van de praktijken van een desbetreffend netwerk nog niet met elkaar kunnen communiceren.

4.3. Algemene conclusie kwalitatieve beschrijving netwerken

De (potentieel) gecontracteerde netwerken van Agis vormen een heterogene groep. Binnen de netwerken vormen de huisarts en de praktijkondersteuner de kern van het diabetesteam en de uitvoerders van de controles. In aanvulling hierop zijn verschillende variaties mogelijk (ook binnen een netwerk).

Indien getracht wordt een overstijgende classificatie aan te brengen in de mate waarin een diabetesnetwerk is georganiseerd, kunnen er grofweg vier groepen worden onderscheiden, namelijk 1) strak geprotocolleerde ketenzorg, 2) zorg geleverd door een diabetesteam zonder strak geprotocolleerde ketenzorg en 3) zorg geleverd door de huisarts. De meeste netwerken vallen in de middelste categorie, waarbinnen (grote) diversiteit aanwezig is. Daarnaast is er 4) de huisartsenpraktijk die zijn diabeteszorg heeft uitbesteed aan het ATAL. Aangezien één van de onderzoeksvragen is om na te gaan of de verschillen in ervaren kwaliteit van zorg mogelijk samenhangen met organisatiekenmerken van zorg, wordt deze groep specifiek genoemd.

5 Verzending, dataverzameling/invoer en datacontrole

5.1. Verzending en dataverzameling/invoer

Verzending en data-invoer zijn uitgevoerd door het mailhouse "Mailstreet". De procedure voor verzending was conform de algemene CAHPS[®] - richtlijnen voor verzending als volgt opgezet:

- week 1: vragenlijst met een begeleidende brief en antwoordenenvelop;
- week 2: herinnering in de vorm van een bedankkaartje;
- week 5: opnieuw de vragenlijst met een begeleidende brief en antwoordenenvelop;
- week 7: herinneringsbrief.

De teruggestuurde vragenlijsten (ook lege) werden ingescand³.

5.2. Kwaliteitscontrole elektronisch databestand

Overeenkomstig de CAHPS[®] - richtlijnen (CAHPS Survey and Reporting Kit 2002; Doc. No.4; Preparing the data for analysis) is de kwaliteit van het elektronische bestand onderzocht. Hiervoor is niet alleen a) een steekproef (n=75) van de elektronische data-records vergeleken met de fysieke vragenlijsten, maar is ook gekeken naar specifieke problemen die gesignaleerd werden in het ruwe data-bestand, zoals b) dubbele records (n=2); c) extreme waarden bloeddruk en HbA1c.

a) Steekproef (n=75)

- Over het algemeen zijn de aangekruiste antwoorden van de fysieke lijsten goed ingelezen door het scanprogramma. Wel kunnen op grond van de check een aantal aanbevelingen worden gedaan voor verdere verbetering van dit proces.⁴

³ Op 22 september is een proefbestand met 145 cases door Mailstreet naar de onderzoeker gestuurd in verband met procesbewaking. Dit proefbestand liet een aantal fouten zien (bijvoorbeeld een niet geldige waardeoptie). Dit laat zien dat het controleren van een proefbestand nuttig is om in het uiteindelijke bestand fouten te voorkomen. Op 28 oktober 2005 is het bestand definitief opgeleverd door Mailstreet en voor het onderzoek naar het discriminerend vermogen ter beschikking gesteld aan de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC-UvA.

⁴ In de steekproef werd duidelijk dat de zorgvuldigheid waarmee het kruisje wordt gezet nauw luistert. Zo bleek dat er bij een aantal respondenten "missings" in het elektronische databestand waren terwijl in de fysieke lijst de desbetreffende vragen wel waren ingevuld. Doordat echter een te lichte pen was gebruikt of het kruisje slordig (vlak) naast/over het bijbehorende hok was gezet kon de scanner die kruisjes niet inlezen. Bij navraag bleek dat de gevoeligheid van de scanner niet meer opgehoogd kan worden zonder last te krijgen van overgevoeligheid. Dit lijkt dus geen (oplosbaar) kwaliteitsprobleem te zijn van de data-invoer, maar meer van het invullen van de vragenlijst. Wellicht kan dit probleem door beter invulinstructie (bijvoorbeeld door te benadrukken dat alleen zwarte of blauwe pennen mogen worden gebruikt) worden voorkomen.

(Vaak onduidelijke) correcties van respondenten geven bij het automatisch scannen problemen; gedeeltelijk zijn deze problemen ondervangen door handmatige invoer en correctie, maar dit is afhankelijk van een wel/niet foutmelding van het programma en de interpretatie van de scanmedewerker.

De ruimte voor het inlezen van vrije tekstvelden was – ondanks dat dit al in de pilot in 2004 was opgemerkt – nog steeds te krap ingesteld zodat deels antwoorden werden afgekapt.

b) dubbele records (n=2)

In het ruwe door Mailstreet aangeleverde databestand bleken 2 dubbele recordparen te zijn. In beide gevallen werd zowel de eerste als de reminder lijst ontvangen. De lijst die het eerst is ontvangen door Mailstreet, is conform de aanbevelingen van de CAHPS[®] Survey and Reporting Kit 2002 (Doc. No.4; Preparing the data for analysis) behouden.

c) bloeddruk (n=93) / HbA1c (n=45)

- Er is handmatig gekeken naar “verdacht foutieve” waardes met betrekking tot de bloeddruk en de HbA1c. Dit betekent dat de selectie van gecontroleerde cases niet de intentie heeft om compleet zijn. Criteria voor “verdacht foutief” waren: 1) extreme waardes (bijvoorbeeld HbA1c= 68; onderdruk=830); 2) de combinatie van een ingevuld veld en een leeg veld (bijvoorbeeld wel bovendruk ingevuld, maar niet onderdruk; of met betrekking tot de HbA1c alleen veld voor/achter de komma ingevuld); 3) onmogelijke combinaties (bijvoorbeeld onderdruk hoger dan bovendruk, onmogelijke waardes).

Ook hier geldt dat over het algemeen de ingescande waarde overeenkomt met de waarde die in de fysieke lijst is ingevuld. Alleen indien er duidelijk sprake was van een “scanfout” - bijvoorbeeld een getal met komma was in een hokje geschreven en zonder komma ingescand - (HbA1c: n=5; bloeddruk: n=0) zijn deze waardes gecorrigeerd. Deels zullen de “verdacht foutieve” cases door de verdere opschoonprocedures niet in het uiteindelijke databestand terecht zijn gekomen, maar enige voorzichtigheid is dus geboden bij de interpretatie van de bloeddruk- en HbA1C-waardes. Verder kan niet geheel worden uitgesloten dat patiënten in plaats van de HbA1c-waarde toch hun bloedglucose hebben ingevuld (waardoor deels ook de extreme waardes zouden kunnen worden verklaard).⁵

Aangezien de CAHPS-richtlijnen geen houvast geven hoe met “verdacht foutieve” bloeddruk- en HbA1C-waardes om is te gaan, verdient het aanbeveling om

Verder zijn veel velden als tekstveld weergegeven terwijl het om numerieke variabelen gaat. Dit kan in SPSS worden omgezet, maar het verdient aanbeveling om alle numerieke variabelen ook als getal te coderen. De vragen naar het aantal contacten was gedefinieerd als een open tekstveld, waarin zowel cijfers als tekst werden gescand. Voor de analyses is dit onhandig. Het verdient aanbeveling om deze open tekstvelden volgende keer als gesloten vragen (met verschillende antwoordcategorieën) op te nemen.

⁵ Het invullen van de HbA1c- en de bloeddrukwaardes blijft dus ondanks de aanpassingen lastig voor respondenten; wellicht dat beter kan worden volstaan met alleen gesloten antwoordcategorieën; de structuur van de vraag wordt daardoor veel eenvoudiger (zie ook voetnoot⁶). Eventueel zou de vraag “is dit naar uw oordeel een goede waarde?” kunnen worden toegevoegd.

hiervoor zelf richtlijnen op te stellen.⁶ Daarnaast is het in verband met het toetsen van de externe validiteit wenselijk om in de toekomst in een klein sample patiëntgerapporteerde waardes te vergelijken met waardes uit het medisch dossier om een indruk te krijgen in hoeverre deze overeenkomen.

5.3. Samenvatting en conclusie kwaliteitscontrole

- In het algemeen is het oordeel over de scanprocedure positief.
- Fouten die tijdens de datacontrole zijn ontdekt zijn vanzelfsprekend verwerkt in het databestand.
- Het door Mailstreet geleverde bestand mag geen dubbele records bevatten. Toch werden nog 2 dubbele records aangetroffen.
- Het verdient aanbeveling om richtlijnen voor extreme/onwaarschijnlijke/ “verdacht foutieve” (exacte definitie is nog naarder te bepalen) waardes voor bloeddruk en HbA1c op te zetten. Gezien de beschreven problemen is het echter te overwegen om in een volgende versie alleen gesloten antwoordcategorieën te hanteren.
- Door het opsturen van een proefbestand met een afgesproken percentage vulling aan de desbetreffende onderzoeker kunnen problemen in scandefinities (zoals in dit onderzoek het geval was) eventueel nog tijdig opgespoord en gerepareerd worden.
- Voor tekstvelden moet nog meer ruimte ter beschikking worden gesteld bij het inlezen zodat tekst niet meer afgekapt wordt.
- Numerieke variabelen dienen bij voorkeur als getal en niet als tekstveld te worden weergegeven in het databestand.
- De invulinstructies in de vragenlijsten moeten verbeterd worden zodat respondenten geschikte pennen gebruiken en onnodige scanproblemen worden geminimaliseerd.

⁶ Voorstel voor richtlijnen: Het verdient aanbeveling om grenswaardes voor de HbA1c vast te stellen. De normaalwaardes lopen uiteen, maar een normale HbA1c waarde ligt tussen 3.5-5.5%; dit betekent dat je kunt afvragen of een waarde onder de 3% een betrouwbare waarde is. Een bovengrens is moeilijker vast te stellen, immers hoe slechter iemand is ingesteld hoe hoger de waarde kan zijn; het is relevant om zich wederom de vraag te stellen tot welke waarde men van betrouwbare informatie kan uitgaan, dat wil zeggen tot welke waarde men ervan kan uitgaan dat het überhaupt om een HbA1c waarde kan gaan. Alle waardes onder of boven de nog naarder te benoemen grenswaardes worden als “missing” hercodeerd. Alleen indien voor de HbA1c een waarde voor de komma EN achter de komma is ingevuld is de waarde geldig. Ook met betrekking tot de bloeddruk moeten beide waardes zijn ingevuld. Indien voor de onderdruk een hogere waarde dan voor de bovendruk is ingevuld kunnen beide waardes niet worden meegenomen. Ook indien met betrekking tot de bloeddruk een waarde onmogelijk is of het om een onmogelijke combinatie gaat kunnen beide waardes niet worden meegenomen. Gezien de problemen met het invullen en de interpretatie van de waardes is het echter te overwegen om in een volgende versie alleen gesloten antwoordcategorieën te hanteren (zie ook voetnoot⁵).

6 Overzicht (non)respons

Figuur 2 en tabel 2 geven een overzicht over de respons (bruto en netto) per netwerk en in totaal. De overall netto respons is 58.1%. Het valt op dat de respons in netwerk 15 (36.4%) lager is dan in de rest van de netwerken.

6.1. Compleetheid

Volgens de CAHPS® - richtlijnen (CAHPS Survey and Reporting Kit 2002; Doc. No.4 Preparing the data for analysis; Doc. No. 109, article 9, Determining a complete questionnaire) zijn er twee redenen om respondenten te verwijderen uit verdere analyses:

- 1) de vragen zijn door iemand anders beantwoord dan de geadresseerde;
- 2) de vragenlijst is niet compleet ingevuld (voor deze lijst betekent dat minder dan 50% van de zogenaamde 41 key vragen (=door iedereen in te vullen) zijn beantwoord).

Het bleek dat 237 records van verdere analyses moesten worden uitgesloten omdat de vragen door iemand anders dan de geadresseerde waren beantwoord.

Op basis van de compleetheidanalyse (uitgevoerd na controle op "ingevuld door iemand anders") werden nog eens 84 records uitgesloten van verdere analyse.

Dit betekent dat uiteindelijk 3884 records overblijven voor analyses.

6.2. Beschrijving (non)respondenten

Er zijn geen leeftijds- en geslachtsgegevens van non-respondenten beschikbaar voor een vergelijking van respondenten met non-respondenten op individueel niveau.

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven met betrekking tot leeftijd en geslacht per netwerk en in totaal. Verhoudingsgewijs lijkt uitval vooral de oudste leeftijdsgroepen te betreffen. De geslachtsverdeling van de totale groep lijkt redelijk constant tussen de oorspronkelijke steekproef en respondenten, maar op netwerkniveau zijn er wel schommelingen vast te stellen. Het valt op dat netwerk 19 het enige netwerk is waarin uiteindelijk niet meer vrouwen dan mannen hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Van de 3884 respondenten die uiteindelijk zijn meegenomen in de analyses heeft 6.2% (nog) geen opleiding afgerond. 29.9% heeft basisonderwijs, 28.1% lager beroepsonderwijs, 3.5% voorbereidend/kort middelbaar onderwijs, 16% middelbaar algemeen onderwijs, 5.4% middelbaar beroepsonderwijs, 2.8% voortgezet algemeen onderwijs, 3.1% hoger beroepsonderwijs e.d., 0.9% wetenschappelijk onderwijs en 0.1% postacademisch onderwijs afgerond. 4% geeft aan een andere opleiding te hebben afgerond.

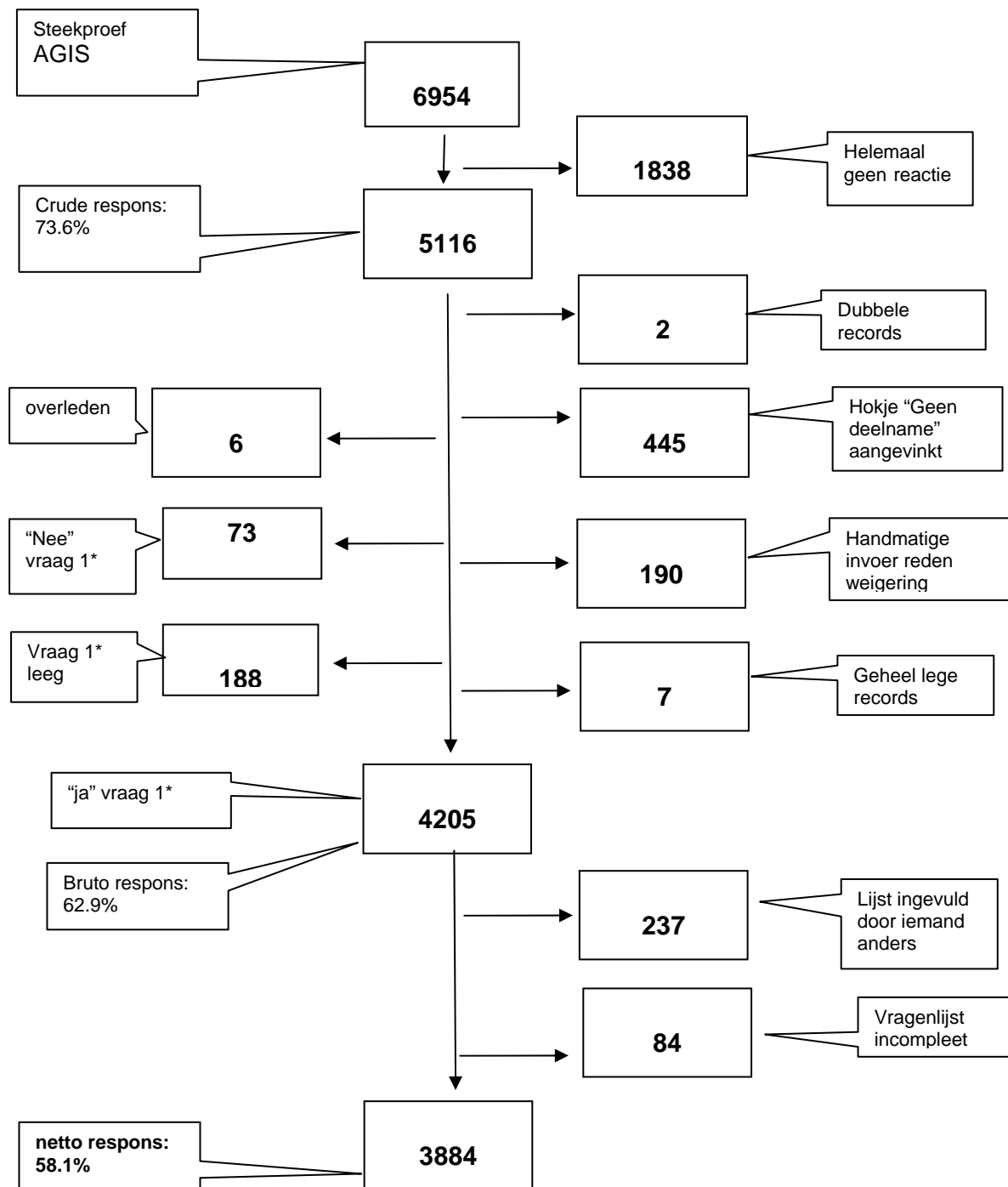
Het merendeel van de respondenten is in Nederland geboren (75.8%); bij de meerderheid is/zijn de vader (76%) en/of een moeder in Nederland geboren (74.3). 8.3% van de respondenten is geboren in Suriname, 5.3% in Marokko en 1.9% in Turkije. Bij respectievelijk 7.6%, 5.3% en 1.9% van de respondenten is de vader geboren in respectievelijk Suriname, Marokko en Turkije. En bij respectievelijk 7.9%, 5.3% en 1.9% van de respondenten is de moeder geboren in respectievelijk Suriname, Marokko en Turkije.

Het merendeel van de respondenten (87.4%) spreekt thuis overwegend Nederlands.⁷

Met betrekking tot hun algemene gezondheid oordelen respondenten als volgt: 3.1% ervaart zijn/haar gezondheid als uitstekend, 6% als zeer goed, 37% als goed, 45.9 als redelijk en 7.9% als slecht.

⁷ Deze percentages zijn gebaseerd op berekeningen waarbij een oorspronkelijke lege categorie "anders" is gecorrigeerd voor ingevulde bijbehorende tekstvelden

Figuur 2. Flow van (non)respondenten



* Vraag 1: Volgens onze gegevens bent u onder behandeling voor diabetes (suikerziekte). Is dat juist?

Tabel 2. Overzicht respons per diabetesnetwerk (D)

	D 1	D 2	D 3	D 4	D 6	D 7	D 8	D 9	D 10	D 11	D 12	D 13	D 15	D 19	D 20	D 22	D 23	Totaal
Benaderd (n)	323	324	1018	281	324	1048	611	323	615	226	323	320	245	194	217	298	264	6954
Aantal formulieren in database (n)	212	262	754	223	228	847	424	246	492	178	245	272	126	110	141	203	153	5116
Crude response %	65.6	80.9	74.1	79.4	70.4	80.1	69.4	76.2	80.0	78.8	75.9	85.0	51.4	56.7	65.0	68.1	58.0	73.6
Dubbele records (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	- 2
zonder dubbele =uniek aantal formulieren in database (n)	212	262	754	223	228	847	424	246	492	178	245	271	126	110	140	203	153	5114
Overleden*	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	-6
Leeg: geen deelname aangekruist (n)	21	16	58	23	23	87	32	26	31	16	22	20	16	7	12	19	16	- 445
Leeg: Handmatige ingevoerd code non-respons (n)	8	11	38	11	12	23	18	8	10	6	7	11	7	7	2	5	6	-190
Leeg: Lege records (n)	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	-7
Zonder overledenen en lege (n)	183	235	656	189	190	736	374	211	451	154	215	239	103	96	126	177	131	4466
Nee vraag 1*	5	0	6	3	3	15	6	4	2	3	3	10	1	1	4	2	5	- 73
Vraag 1 leeg*	5	9	31	9	10	32	9	13	16	4	8	10	2	5	7	13	5	- 188
Zonder vraag 1 leeg / nee (n)	173	226	619	177	177	689	359	194	433	147	204	219	100	90	115	162	121	4205
Bruto respons %	55.3	71.7	63.2	65.8	57.3	68.8	60.2	63.6	72.5	67.4	65.6	73.0	41.3	47.9	55.8	57.2	47.6	62.9
Ingevuld door iemand anders (n)	8	13	45	11	13	41	23	6	16	5	7	7	10	4	11	11	6	- 237
Zonder "ingevuld door iemand anders" (n)	165	213	547	166	164	648	336	188	417	142	197	212	90	86	104	151	115	3968
Incomplete lijsten (n)	6	4	17	0	5	5	8	8	6	1	5	5	2	4	4	4	0	- 84
Vragenlijsten voor analyse (n)	159	209	557	166	159	643	328	180	411	141	192	207	88	82	100	147	115	3884
Netto respons%	50.8	66.3	56.8	61.7	51.5	64.2	55.0	59.0	68.8	64.7	61.7	69.0	36.4	43.6	48.5	51.9	45.3	58.1

* "ineligibles"= overledenen / "nee" vraag 1 / vraag 1 is leeg; (Vraag 1: Volgens onze gegevens bent u onder behandeling voor diabetes (suikerziekte). Is dat juist?)

Bruto respons %= (ingevuld-inelibles) / (benaderd-inelibles)

Tabel 3. Overzicht van de leeftijd en het geslacht van bruto-respondenten (n=4205), netto-respondenten (n=3884) en de totale oorspronkelijke steekproef (n=6954) per diabetesnetwerk (D)

	D 1	D 2	D 3	D 4	D 6	D 7	D 8	D 9	D 10	D 11	D 12	D 13	D 15	D 19	D 20	D 22	D 23	Totaal
Vrouwen (%)*																		
Netto-respondenten	61.4	55.8	60.2	54.6	60.4	55.0	56.2	52.3	55.9	57.8	58.0	57.1	57.8	48.8	58.1	53.5	58.9	56.8
Bruto-respondenten	61.7	56.6	60.2	55.7	59.3	56.3	56.6	53.0	56.4	58.6	58.4	57.8	59.1	46.0	59.0	54.5	59.0	57.3
Steekproef	57.9	57.4	61.1	59.1	58.0	56.2	55.6	55.7	60.6	57.3	57.3	57.8	55.9	51.0	52.5	55.4	57.6	57.1
Leeftijd (%)*																		
<u>Netto-respondenten</u>																		
54 of jonger	9.0	7.7	12.8	4.9	13.4	9.5	14.2	5.1	12.6	8.1	9.6	4.5	14.1	19.5	14.6	6.3	8.9	10.3
55-64	28.2	29.0	38.6	28.7	33.1	27.9	34.4	32.0	29.6	22.1	30.9	21.4	30.6	25.6	27.1	38.0	18.8	30.4
65-74	34.6	33.8	28.8	42.7	31.2	36.8	29.0	29.7	28.1	31.6	35.1	36.8	42.4	35.4	34.4	32.4	41.1	33.3
75-79	15.4	16.4	9.1	14.6	7.6	15.7	13.2	18.9	16.6	19.9	15.4	18.9	10.6	13.4	8.3	12.0	10.7	14.1
80 en ouder	12.8	13.0	10.7	9.1	14.6	10.0	9.1	14.3	13.1	18.4	9.0	18.4	2.4	6.1	15.6	11.3	20.5	11.9
<u>Bruto-respondenten</u>																		
54 of jonger	8.5	7.8	12.2	4.6	12.9	9.3	13.4	5.4	12.3	7.8	9.2	4.8	14.7	18.0	13.0	7.1	9.3	10.1
55-64	27.4	28.3	37.7	26.9	32.2	27.0	33.5	30.8	29.1	21.3	30.6	21.1	31.6	25.8	25.0	35.7	18.6	29.6
65-74	36.0	33.8	28.8	41.1	31.6	35.6	30.9	29.2	28.8	32.6	34.7	35.9	40.0	34.8	36.1	33.8	39.8	33.2
75-79	15.2	16.0	10.2	14.9	7.6	15.4	12.5	18.9	16.6	19.9	16.3	19.6	10.5	12.4	10.2	12.3	10.2	14.2
80 en ouder	12.8	14.2	11.1	12.6	15.8	12.6	9.6	15.7	13.2	18.4	9.2	18.7	3.2	9.0	15.7	11.0	22.0	12.9
<u>Steekproef</u>																		
54 of jonger	10.5	6.2	13.7	3.9	10.8	9.4	13.1	6.5	13.0	8.0	9.3	7.2	10.6	16.0	12.9	7.7	10.6	10.4
55-64	28.8	28.3	34.1	25.3	29.0	24.2	29.7	28.9	29.9	22.7	30.0	19.7	33.4	35.0	29.9	30.5	23.1	28.6
65-74	34.3	31.5	27.2	33.4	31.5	33.6	32.8	25.8	27.7	29.6	33.7	32.8	41.7	28.4	32.3	34.5	32.2	31.5
75-79	15.2	15.4	10.4	17.1	9.0	15.2	11.6	15.8	15.3	15.5	13.9	19.1	7.8	10.3	8.8	11.7	9.1	13.2
80 en ouder	11.2	18.5	14.7	20.4	19.8	17.7	13.0	23.0	14.1	24.3	13.2	21.4	6.5	10.3	16.1	15.4	25.1	16.4

*valide percentages zijn weergegeven

7 Psychometrische eigenschappen

7.1. (In)consistenties ervaringsvragen per hulpverlener

In verband met de schaalconstructie werd gekeken naar de frequentieverdeling van de zogenaamde screenvragen per hulpverlener en de mate van consistentie in de antwoorden van de desbetreffende follow-up vragen (tabellen 4a-4d). Hierbij werd ervan uitgegaan dat de antwoorden op de screenvragen correct waren.

Uit de tabellen blijkt dat het percentage missing op de screenvragen per hulpverlener varieert tussen 6.2% (huisarts) en 9.9% (verpleegkundige). Het percentage ten onrechte ingevulde vervolgvragen bij "missing" op screenvraag varieert voor de huisarts van 15.9% (vraag 4) tot 41.8% (vraag 17), voor de internist van 6.7% (vraag 32) tot 19.6% (vraag 39), voor de verpleegkundige van 12.5% (vraag 55) tot 24.2% (vraag 61) en voor de diëtist van 6.0% (vraag 71) tot 11.7% (vraag 83).

Het percentage ten onrechte lege vervolgvragen bij "ja" op screenvraag varieert voor de huisarts van 3.4% (vragen 5, 6) tot 15% (vraag 4), voor de internist van 3.1% (vraag 28) tot 14.5% (vraag 42), voor de verpleegkundige van 2.0% (vraag 50) tot 12.1% (vraag 55) en voor de diëtist van 4.3% (vraag 71) tot 14.6% (vraag 84).

Het percentage ten onrechte ingevulde vervolgvragen bij "neen" op screenvraag varieert voor de huisarts van 5.3 % (vraag 4) tot 13.2% (vraag 17), voor de internist van 1.9% (vraag 46) tot 7.2% (vraag 39), voor de verpleegkundige van 4.3% (vraag 55) tot 6.4% (vraag 61) en voor de diëtist van 1.7% (vragen 74, 75) tot 4.6% (vraag 70).

De in vergelijking relatief hogere percentages inconsistenties betreffende de huisarts zouden ermee kunnen samenhangen dat de huisarts – meer dan andere hulpverleners – ook in verband met andere klachten wordt gezien waardoor het invullen van de vragen specifiek voor "diabetes" mogelijk iets is vervaagd.

Conform de CAHPS[®] Survey and Reporting Kit 2002 (*CAHPS[®] Survey Users Network 2002*) werden inconsistente follow-up vragen op een screener vraag (de antwoord op de screener werd als correct uitgangspunt beschouwd) niet meegenomen voor verdere analyses.

Tabel 4a. Huisarts: (In)consistenties in follow-up vragen (N= 3884)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
Screeener	V3	2716 (69.6)	929 (23.9)	239 (6.2)
Follow-up item				
<i>aantal contacten</i>	V4			
Consistent ingevuld/leeg		2308 (85.0)	880 (94.7)	201 (84.1)
onterecht leeg/ingevuld		408 (15.0)	49 (5.3)	38 (15.9)
<i>u serieus genomen</i>	V5			
Consistent ingevuld/leeg		2623 (96.6)	826 (88.9)	168 (70.3)
onterecht leeg/ingevuld		93 (3.4)	103 (11.1)	71 (29.7)
<i>luisterde met aandacht</i>	V6			
Consistent ingevuld/leeg		2623 (96.6)	834 (89.8)	168 (70.3)
onterecht leeg/ingevuld		93 (3.4)	95 (10.2)	71 (29.7)
<i>legde dingen begrijpelijk uit</i>	V7			
Consistent ingevuld/leeg		2598 (95.7)	839 (90.3)	172 (72.0)
onterecht leeg/ingevuld		118 (4.3)	90 (9.7)	67 (28.0)
<i>toonde respect voor wat u te zeggen had</i>	V8			
Consistent ingevuld/leeg		2610 (96.1)	840 (90.4)	168 (70.3)
onterecht leeg/ingevuld		106 (3.9)	89 (9.6)	71 (29.7)
<i>besteedde voldoende tijd aan u</i>	V9			
Consistent ingevuld/leeg		2612 (96.2)	840 (90.4)	170 (71.1)
onterecht leeg/ingevuld		104 (3.8)	89 (9.6)	69 (28.9)
<i>moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal</i>	V10			
Consistent ingevuld/leeg		2430 (89.5)	857 (92.2)	179 (74.9)
onterecht leeg/ingevuld		286 (10.5)	72 (7.8)	60 (25.1)
<i>afstemming zorg met andere zorgverleners</i>	V11			
Consistent ingevuld/leeg		2315 (85.2)	846 (91.1)	187 (78.2)
onterecht leeg/ingevuld		401 (14.8)	83 (8.9)	52 (21.8)
<i>tegenstrijdige informatie</i>	V12			
Consistent ingevuld/leeg		2405 (88.5)	841 (90.5)	180 (75.3)
onterecht leeg/ingevuld		311 (11.5)	88 (9.5)	59 (24.7)
<i>bespreken bloedglucose-regulatie</i>	V13			
Consistent ingevuld/leeg		2505 (92.2)	841 (90.5)	178 (74.5)
onterecht leeg/ingevuld		211 (7.8)	88 (9.5)	61 (25.5)
<i>goede diabetes voorlichting</i>	V14			
Consistent ingevuld/leeg		2523 (92.9)	850 (91.5)	179 (74.9)
onterecht leeg/ingevuld		193 (7.1)	79 (8.5)	60 (25.1)
<i>goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes</i>	V15			
Consistent ingevuld/leeg		2464 (90.7)	851 (91.6)	181 (75.7)
onterecht leeg/ingevuld		525 (9.3)	78 (8.4)	58 (24.3)
<i>bespreking huidige behandeling nog optimaal</i>	V16			
Consistent ingevuld/leeg		2419 (89.1)	855 (92.0)	184 (77.0)
onterecht leeg/ingevuld		297 (10.9)	74 (8.0)	55 (23.0)
<i>Screeener Insuline</i>	V17			
Consistent ingevuld/leeg		2563 (94.4)	806 (86.8)	139 (58.2)
onterecht leeg/ingevuld		153 (5.6)	123 (13.2)	100 (41.8)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
Sreener Insuline				
als V3=ja (n=2716)	V17	622 (22.9)	1941 (71.5)	153 (5.6)
als V3=neen (n=929)	V17	68 (7.3)	55 (5.9)	806 (86.8)
als V3=missing (n=239)	V17	43 (18.0)	57 (23.8)	139 (58.2)
goede begeleiding doseren insuline (follow-up V3)	V18			
ingevuld		710 (26.1)	52 (5.6)	27 (11.3)
leeg		2006 (73.9)	877 (94.4)	212 (88.7)
goede begeleiding doseren insuline (gecorrigeerd voor V17)	V18			
Consistent ingevuld/leeg		552 (88.7)	890 (95.8)	219 (91.6)
onterecht leeg/ingevuld		70 (11.3)	39 (4.2)	20 (8.4)
<i>probleem reistijd</i>	V19			
Consistent ingevuld/leeg		2579 (95.0)	833 (89.7)	160 (66.9)
onterecht leeg/ingevuld		137 (5.0)	96 (10.3)	79 (33.1)
<i>telefonisch goed bereikbaar</i>	V20			
Consistent ingevuld/leeg		2555 (94.1)	828 (89.1)	162 (67.8)
onterecht leeg/ingevuld		161 (5.9)	101 (10.9)	77 (32.2)
<i>binnen 15 min. in de spreekkamer</i>	V21			
Consistent ingevuld/leeg		2472 (91.0)	838 (90.2)	174 (72.8)
onterecht leeg/ingevuld		244 (9.0)	91 (9.8)	64 (27.2)
<i>medewerkers met beleefdheid en respect</i>	V22			
Consistent ingevuld/leeg		2578 (94.9)	834 (89.8)	157 (65.7)
onterecht leeg/ingevuld		138 (5.1)	95 (10.2)	82 (34.4)
<i>medewerkers behulpzaam</i>	V23			
Consistent ingevuld/leeg		2574 (94.8)	842 (90.6)	169 (70.7)
onterecht leeg/ingevuld		142 (5.2)	87 (9.4)	70 (29.3)
<i>Welk cijfer?</i>	V24			
Consistent ingevuld/leeg		2597 (95.6)	826 (88.9)	161 (67.4)
onterecht leeg/ingevuld		119 (4.4)	103 (11.1)	78 (32.6)

Tabel 4b. Internist: (In)consistenties in follow-up vragen (N= 3884)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
Screeener	V25	1128 (29.0)	2429 (62.5)	327 (8.4)
Follow-up item				
<i>aantal contacten</i>	V26			
Consistent ingevuld/leeg		1028 (91.9)	2309 (95.1)	304 (93.0)
onterecht leeg/ingevuld		100 (8.9)	120 (4.9)	23 (7.0)
<i>u serieus genomen</i>	V27			
Consistent ingevuld/leeg		1087 (96.4)	2333 (96.0)	299 (91.4)
onterecht leeg/ingevuld		41 (3.6)	96 (4.0)	28 (8.6)
<i>luisterde met aandacht</i>	V28			
Consistent ingevuld/leeg		1093 (96.9)	2354 (96.9)	299 (91.4)
onterecht leeg/ingevuld		35 (3.1)	75 (3.1)	28 (8.6)
<i>legde dingen begrijpelijk uit</i>	V29			
Consistent ingevuld/leeg		1091 (96.7)	2361 (97.2)	301 (92.0)
onterecht leeg/ingevuld		37 (3.3)	68 (2.8)	26 (8.0)
<i>toonde respect voor wat u te zeggen had</i>	V30			
Consistent ingevuld/leeg		1088 (96.5)	2360 (97.2)	298 (91.1)
onterecht leeg/ingevuld		40 (3.5)	69 (2.8)	29 (8.9)
<i>besteedde voldoende tijd aan u</i>	V31			
Consistent ingevuld/leeg		1092 (96.8)	2359 (97.1)	300 (91.7)
onterecht leeg/ingevuld		36 (3.2)	70 (2.9)	27 (8.3)
<i>moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal</i>	V32			
Consistent ingevuld/leeg		1023 (90.7)	2359 (97.1)	305 (93.3)
onterecht leeg/ingevuld		105 (9.3)	70 (2.9)	22 (6.7)
<i>afstemming zorg met andere zorgverleners</i>	V33			
Consistent ingevuld/leeg		996 (88.3)	2369 (97.5)	303 (92.7)
onterecht leeg/ingevuld		132 (11.7)	60 (2.5)	24 (7.3)
<i>tegenstrijdige informatie</i>	V34			
Consistent ingevuld/leeg		1034 (91.7)	2350 (96.7)	293 (89.6)
onterecht leeg/ingevuld		94 (8.3)	79 (3.3)	34 (10.4)
<i>bespreken bloedglucose-regulatie</i>	V35			
Consistent ingevuld/leeg		1069 (94.8)	2349 (96.7)	293 (89.6)
onterecht leeg/ingevuld		59 (5.2)	80 (3.3)	34 (10.4)
<i>goede diabetes voorlichting</i>	V36			
Consistent ingevuld/leeg		1074 (95.2)	2358 (97.1)	293 (89.6)
onterecht leeg/ingevuld		54 (4.8)	71 (2.9)	34 (10.4)
<i>goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes</i>	V37			
Consistent ingevuld/leeg		1053 (93.4)	2358 (97.1)	295 (90.2)
onterecht leeg/ingevuld		75 (6.6)	71 (2.9)	32 (9.8)
<i>bespreking huidige behandeling nog optimaal</i>	V38			
Consistent ingevuld/leeg		1044 (92.6)	2362 (97.2)	298 (91.1)
onterecht leeg/ingevuld		84 (7.4)	67 (2.8)	29 (8.9)
<i>Screeener Insuline</i>	V39			
Consistent ingevuld/leeg		1071 (94.9)	2253 (92.8)	263 (80.4)
onterecht leeg/ingevuld		57 (5.1)	176 (7.2)	64 (19.6)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
Sreener Insuline als V25=ja (n=1128) als V25=neen (n=2429) als V25=missing (n=327) <i>goede begeleiding doseren insuline</i>	V39	743 (65.9)	328 (29.1)	57 (5.1)
	V39	40 (1.6)	136 (5.6)	2253 (92.8)
	V39	24 (7.3)	40 (12.2)	263 (80.4)
	V40			
ingevuld		768 (68.1)	53 (2.2)	25 (7.6)
leeg		360 (31.9)	2376 (97.8)	302 (92.4)
<i>goede begeleiding doseren insuline</i> (gecorrigeerd voor V39) Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld	V40			
		704 (62.4) 424 (37.6)	2411 (99.3) 18 (0.7)	310 (94.8) 17 (5.2)
<i>probleem reistijd</i>	V41			
Consistent ingevuld/leeg		1073 (95.1)	2353 (96.9)	286 (87.5)
onterecht leeg/ingevuld		55 (4.9)	76 (3.1)	41 (12.5)
<i>telefonisch goed bereikbaar</i>	V42			
Consistent ingevuld/leeg		964 (85.5)	2368 (97.5)	296 (90.5)
onterecht leeg/ingevuld		164 (14.5)	61 (2.5)	31 (9.5)
<i>binnen 15 min. in de spreekkamer</i>	V43			
Consistent ingevuld/leeg		1048 (92.9)	2364 (97.3)	293 (89.6)
onterecht leeg/ingevuld		80 (7.1)	65 (2.7)	34 (10.4)
<i>medewerkers met beleefdheid en respect</i>	V44			
Consistent ingevuld/leeg		1074 (95.2)	2338 (96.3)	290 (88.7)
onterecht leeg/ingevuld		54 (4.8)	91 (3.7)	37 (11.3)
<i>medewerkers behulpzaam</i>	V45			
Consistent ingevuld/leeg		1072 (95.0)	2342 (96.4)	285 (87.2)
onterecht leeg/ingevuld		56 (5.0)	87 (3.6)	42 (12.8)
<i>Welk cijfer?</i>	V46			
Consistent ingevuld/leeg		1061 (94.1)	2382 (98.1)	300 (91.7)
onterecht leeg/ingevuld		67 (5.9)	47 (1.9)	27 (8.3)

Tabel 4c. Verpleegkundige: (In)consistenties in follow-up vragen (N= 3884)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
Screeener	V47	2270 (58.4)	1230 (31.7)	384 (9.9)
Follow-up item				
<i>aantal contacten</i>	V48			
Consistent ingevuld/leeg		2155 (94.9)	1159 (94.2)	330 (85.9)
onterecht leeg/ingevuld		115 (5.1)	71 (5.8)	54 (14.1)
<i>u serieus genomen</i>	V49			
Consistent ingevuld/leeg		2222 (97.9)	1159 (94.2)	323 (84.1)
onterecht leeg/ingevuld		48 (2.1)	71 (5.8)	61 (15.9)
<i>luisterde met aandacht</i>	V50			
Consistent ingevuld/leeg		2224 (98.0)	1163 (94.6)	317 (82.6)
onterecht leeg/ingevuld		46 (2.0)	67 (5.4)	67 (17.4)
<i>legde dingen begrijpelijk uit</i>	V51			
Consistent ingevuld/leeg		2214 (97.5)	1163 (94.6)	317 (82.6)
onterecht leeg/ingevuld		56 (2.5)	67 (5.4)	67 (17.4)
<i>toonde respect voor wat u te zeggen had</i>	V52			
Consistent ingevuld/leeg		2213 (97.5)	1164 (94.6)	318 (82.8)
onterecht leeg/ingevuld		57 (2.5)	66 (5.4)	66 (17.2)
<i>besteedde voldoende tijd aan u</i>	V53			
Consistent ingevuld/leeg		2221 (97.8)	1169 (95.0)	316 (82.3)
onterecht leeg/ingevuld		49 (2.2)	61 (5.0)	68 (17.7)
<i>moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal</i>	V54			
Consistent ingevuld/leeg		2050 (90.3)	1173 (95.4)	334 (87.0)
onterecht leeg/ingevuld		220 (9.7)	57 (4.6)	50 (13.0)
<i>afstemming zorg met andere zorgverleners</i>	V55			
Consistent ingevuld/leeg		1996 (87.9)	1177 (95.7)	336 (87.5)
onterecht leeg/ingevuld		274 (12.1)	53 (4.3)	48 (12.5)
<i>tegenstrijdige informatie</i>	V56			
Consistent ingevuld/leeg		2099 (92.5)	1169 (95.0)	319 (83.1)
onterecht leeg/ingevuld		171 (7.5)	61 (5.0)	65 (16.9)
<i>bespreken bloedglucose-regulatie</i>	V57			
Consistent ingevuld/leeg		2157 (95.0)	1165 (94.7)	309 (80.5)
onterecht leeg/ingevuld		113 (5.0)	65 (5.3)	75 (19.5)
<i>goede diabetes voorlichting</i>	V58			
Consistent ingevuld/leeg		2174 (95.8)	1165 (94.7)	308 (80.2)
onterecht leeg/ingevuld		96 (4.2)	65 (5.3)	76 (19.8)
<i>goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes</i>	V59			
Consistent ingevuld/leeg		2141 (94.3)	1169 (95.0)	312 (81.3)
onterecht leeg/ingevuld		129 (5.7)	61 (5.0)	72 (18.8)
<i>bespreking huidige behandeling nog optimaal</i>	V60			
Consistent ingevuld/leeg		2112 (93.0)	1174 (95.4)	319 (83.1)
onterecht leeg/ingevuld		158 (7.0)	56 (4.6)	65 (16.9)
<i>Screeener Insuline</i>	V61			
Consistent ingevuld/leeg		2170 (95.6)	1151 (93.6)	291 (75.8)
onterecht leeg/ingevuld		100 (4.4)	79 (6.4)	93 (24.2)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
Sreener Insuline als V47=ja (n=2270) als V47=neen (n=1230) als V47=missing (n=384) <i>goede begeleiding doseren insuline</i>	V61	803 (35.4)	1367 (60.2)	100 (4.4)
	V61	22 (1.8)	57 (4.6)	1151 (93.6)
	V61	32 (8.3)	61 (15.9)	291 (75.8)
	V62	849 (37.4)	36 (2.9)	27 (7.0)
<i>goede begeleiding doseren insuline</i> (gecorrigeerd voor V39) Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld	leeg	1421 (621.6)	1194 (97.1)	357 (93.0)
	V62	755 (33.3)	1212 (98.5)	364 (94.8)
		1515 (66.7)	18 (1.5)	20 (5.2)
<i>probleem reistijd</i>	V63			
Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld		2154 (94.9) 116 (5.1)	1159 (94.2) 71 (5.8)	307 (79.9) 77 (20.1)
<i>telefonisch goed bereikbaar</i>	V64			
Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld		2069 (91.1) 201 (8.9)	1169 (95.0) 61 (5.0)	313 (81.5) 71 (18.5)
<i>binnen 15 min. in de spreekkamer</i>	V65			
Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld		2091 (92.1) 179 (7.9)	1169 (95.0) 61 (5.0)	316 (82.3) 68 (17.7)
<i>medewerkers met beleefdheid en respect</i>	V66			
Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld		2105 (92.7) 165 (7.3)	1168 (95.0) 62 (5.0)	316 (82.3) 68 (17.7)
<i>medewerkers behulpzaam</i>	V67			
Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld		2099 (92.5) 171 (7.5)	1172 (95.3) 58 (4.7)	316 (82.3) 68 (17.7)
<i>Welk cijfer?</i>	V68			
Consistent ingevuld/leeg onterecht leeg/ingevuld		2159 (95.1) 111 (4.9)	1164 (94.6) 66 (5.4)	306 (79.7) 78 (20.3)

Tabel 4d. Diëtiste: (In)consistenties in follow-up vragen (N= 3884)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
Screeener	V69	989 (25.5)	2546 (65.6)	349 (9.0)
Follow-up item				
<i>aantal contacten</i>	V70			
Consistent ingevuld/leeg		2155 (95.0)	2429 (95.4)	322 (92.3)
onterecht leeg/ingevuld		49 (5.0)	117 (4.6)	27 (7.7)
<i>u serieus genomen</i>	V71			
Consistent ingevuld/leeg		946 (95.7)	2494 (98.0)	328 (94.0)
onterecht leeg/ingevuld		43 (4.3)	52 (2.0)	21 (6.0)
<i>luisterde met aandacht</i>	V72			
Consistent ingevuld/leeg		942 (95.2)	2498 (98.1)	325 (93.1)
onterecht leeg/ingevuld		47 (4.8)	48 (1.9)	24 (6.9)
<i>legde dingen begrijpelijk uit</i>	V73			
Consistent ingevuld/leeg		938 (94.8)	2501 (98.2)	325 (93.1)
onterecht leeg/ingevuld		51 (5.2)	45 (1.8)	24 (6.9)
<i>toonde respect voor wat u te zeggen had</i>	V74			
Consistent ingevuld/leeg		933 (94.3)	2503 (98.3)	324 (92.8)
onterecht leeg/ingevuld		56 (5.7)	43 (1.7)	25 (7.2)
<i>besteedde voldoende tijd aan u</i>	V75			
Consistent ingevuld/leeg		941 (95.1)	2503 (98.3)	326 (93.4)
onterecht leeg/ingevuld		48 (4.9)	43 (1.7)	23 (6.6)
<i>moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal</i>	V76			
Consistent ingevuld/leeg		870 (88.0)	2485 (97.6)	315 (90.3)
onterecht leeg/ingevuld		119 (12.0)	61 (2.4)	34 (9.7)
<i>afstemming zorg met andere zorgverleners</i>	V77			
Consistent ingevuld/leeg		871 (88.1)	2496 (98.0)	320 (91.7)
onterecht leeg/ingevuld		118 (11.9)	50 (2.0)	29 (8.3)
<i>tegenstrijdige informatie</i>	V78			
Consistent ingevuld/leeg		882 (89.2)	2501 (98.2)	319 (91.4)
onterecht leeg/ingevuld		107 (10.8)	45 (1.8)	30 (8.6)
<i>bespreken bloedglucose-regulatie</i>	V79			
Consistent ingevuld/leeg		904 (91.4)	2492 (97.9)	315 (90.3)
onterecht leeg/ingevuld		85 (8.6)	54 (2.1)	34 (9.7)
<i>goede diabetes voorlichting</i>	V80			
Consistent ingevuld/leeg		925 (93.5)	2490 (97.8)	314 (90.0)
onterecht leeg/ingevuld		64 (6.5)	56 (2.2)	35 (10.0)
<i>goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes</i>	V81			
Consistent ingevuld/leeg		911 (92.1)	2498 (98.1)	314 (90.0)
onterecht leeg/ingevuld		78 (7.9)	48 (1.9)	35 (10.0)
<i>bespreking huidige behandeling nog optimaal</i>	V82			
Consistent ingevuld/leeg		890 (90.0)	2496 (98.0)	318 (91.1)
onterecht leeg/ingevuld		99 (10.0)	50 (2.0)	31 (8.9)
<i>probleem reistijd</i>	V83			
Consistent ingevuld/leeg		923 (93.3)	2495 (98.0)	308 (88.3)
onterecht leeg/ingevuld		66 (6.7)	51 (2.0)	41 (11.7)

	Vraag	JA N (%)	NEE N (%)	MISSING N (%)
<i>telefonisch goed bereikbaar</i>	V84			
Consistent ingevuld/leeg		845 (85.4)	2501 (98.2)	311 (89.1)
onterecht leeg/ingevuld		144 (14.6)	45 (1.8)	38 (10.9)
<i>binnen 15 min. in de spreekkamer</i>	V85			
Consistent ingevuld/leeg		896 (90.6)	2496 (98.0)	314 (90.0)
onterecht leeg/ingevuld		93 (9.4)	50 (2.0)	35 (10.0)
<i>medewerkers met beleefdheid en respect</i>	V86			
Consistent ingevuld/leeg		875 (88.5)	2495 (98.0)	315 (90.3)
onterecht leeg/ingevuld		114 (11.5)	51 (2.0)	34 (9.7)
<i>medewerkers behulpzaam</i>	V87			
Consistent ingevuld/leeg		857 (86.7)	2500 (98.2)	318 (91.1)
onterecht leeg/ingevuld		132 (13.3)	46 (1.8)	31 (8.9)
<i>Welk cijfer?</i>	V88			
Consistent ingevuld/leeg		924 (93.4)	2495 (98.0)	311 (89.1)
onterecht leeg/ingevuld		65 (6.6)	51 (2.0)	38 (10.9)

7.2. Schaalconstructie

7.2.1. Methode

Er werd in deze veel grotere steekproef gekeken of de schalen uit de pilot, te weten 1) hulpverlener-patiënt communicatie/interactie, 2) diabetes specifieke communicatie en 3) bereikbaarheid en bejegening door medewerkers, konden worden gereproduceerd en vooral ook of de drie identieke schalen nu voor alle hulpverleners vast konden worden gesteld. Hiervoor werd per hulpverlener in eerste instantie de spontane clustering middels principale componentanalyse (PCA) (methode: direct oblimum rotation met Kaiser normalization) van de 16 core patiëntervaringen onderzocht.

De 16 core items zijn: serieus genomen, luisteren met aandacht, dingen begrijpelijk uitleggen, respect voor wat patiënt te zeggen had, voldoende tijd besteden, moeilijk praten/begrijpen, zorg afgestemd op andere zorgverleners, tegenstrijdige informatie, bespreken bloedglucose, goede voorlichting, goede begeleiding dagelijkse omgang, bespreken of huidige behandeling nog optimaal was, telefonische bereikbaarheid, toelating tot spreekkamer binnen 15 minuten, door medewerkers behandeld met beleefdheid en respect, medewerkers behulpzaam. Voor de huisarts, internist en verpleegkundige werd ook verkend hoe het item “goede begeleiding bij het doseren van insuline” zich gedroeg. De items “moeilijk praten/begrijpen” en “tegenstrijdige informatie” werden omgecodeerd zodat een hogere score betere kwaliteit weergaf. Schalen werden geïdentificeerd voor een minimale factorlading van 0.40. De eigenvalues van de factoren moest groter dan 1 zijn in de eerste fase van de extractie. Vervolgens werd de betrouwbaarheid van de items onderzocht (Cronbach's α) en gekeken of door het weglaten van items de betrouwbaarheid van een schaal nog kan worden verhoogd. De resultaten zijn weergegeven in tabel 5.

Daarnaast is ook gekeken naar de interschaal-correlaties van de schalen onderling en met de global ratings (tabel 6a-6d). Interschaal-correlaties van onder de 0.70 kunnen als bewijs worden gezien dat het daadwerkelijk om afhankelijk te interpreteren schalen gaat.

Met de inter-item correlaties (appendix, bijlage 3, tabellen 14a-14d) kan worden nagegaan hoe de samenhang van de verschillende items onderlings is. Bij een Pearson correlatie van 0.70 of hoger is de overlap tussen de twee items hoog en kan één item in aanmerking komen voor verwijdering uit de vragenlijst.

7.2.1. *Samenvatting resultaten*

In de tabel 5 zijn de resultaten van de spontane clustering en van de betrouwbaarheidsanalyse weergegeven en in de tabellen 6a-6d de interschaal-correlaties van de schalen onderling en met de global ratings. Samenvattend kan het volgende worden vastgesteld:

- Spontane clustering gaf aanwijzingen voor 4 mogelijke schalen per hulpverlener. Naast de drie uit de pilot bekende schalen 1) hulpverlener-patiënt communicatie/interactie, 2) diabetes specifieke communicatie en 3) bereikbaarheid en bejegening door medewerkers was er mogelijk nog een vierde factor, aangeduid als “restgroep”.
- Betrouwbaarheidsanalyse wees uit dat de schalen “hulpverlener-patiënt communicatie/interactie” “diabetes specifieke communicatie” en “bereikbaarheid en bejegening door medewerkers” identiek - en derhalve goed vergelijkbaar - voor alle hulpverleners konden worden vastgesteld. Hiervoor werd in het geval van de internist voor de schaal “bereikbaarheid en bejegening door medewerkers” een Cronbach’s α van 0.60 geaccepteerd. Het item “legde dingen begrijpelijk uit” blijft (voorlopig) in de schaal “hulpverlener-patiënt communicatie/interactie” behouden (weglaten van het item leidt tot ongewenste verdere verhoging van de toch al hoge Cronbach’s α). Hieronder volgt een overzicht van de in dit rapport gehanteerde schaalsamenstelling betreffende deze 3 schalen:
 - *Hulpverlener-patiënt communicatie/interactie*
 - Huisarts:
 - vr005, vr006, vr007, vr008, vr009
 - Cronbach’s α : 0.90
 - Internist:
 - vr027, vr028, vr029, vr030, vr031
 - Cronbach’s α :0.90
 - Verpleegkundige:
 - vr049, vr050, vr051, vr052, vr053
 - Cronbach’s α :0.88
 - Diëtist
 - vr071, vr072, vr073, vr074, vr075
 - Cronbach’s α :0.91

- *Diabetes specifieke communicatie*
 - Huisarts:
 - vr013, vr014, vr015, vr016
 - Cronbach's α : 0.90
 - Internist:
 - vr035, vr036, vr037, vr038
 - Cronbach's α :0.88
 - Verpleegkundige:
 - vr057, vr058, vr059, vr060
 - Cronbach's α :0.85
 - Diëtist
 - vr079, vr080, vr081, vr082
 - Cronbach's α :0.84

- *Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers*
 - Huisarts:
 - vr020, vr021, vr022, vr023
 - Cronbach's α : 0.70
 - Internist:
 - vr042, vr043, vr044, vr045
 - Cronbach's α :0.60
 - Verpleegkundige:
 - vr064, vr065, vr066, vr067
 - Cronbach's α :0.67
 - Diëtist
 - vr084, vr085, vr086, vr087
 - Cronbach's α : 0.74

- Overigens laten de inter-item correlaties (Appendix, bijlage 3, tabellen 14a-14d) zien dat sommige items van de identieke schalen voor de hulpverleners nogal sterk met elkaar samenhangen (correlatie > 0.70).
Voor de *huisarts* zijn dit: serieus genomen-luisterde met aandacht; respect voor wat u te zeggen had - luisterde met aandacht; besteedde voldoende tijd aan u - luisterde met aandacht; besteedde voldoende aandacht aan u - respect voor wat u te zeggen had; goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - goede diabetes voorlichting; goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - bespreking huidige

behandeling optimaal.

Voor de *internist* zijn dit: serieus genomen - luisterde met aandacht; respect voor wat u te zeggen had - luisterde met aandacht; besteedde voldoende tijd aan u- luisterde met aandacht; besteedde voldoende aandacht aan u- respect voor wat u te zeggen had; goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - goede diabetes voorlichting.

Voor de *verpleegkundige* zijn dit: goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - goede diabetes voorlichting.

Voor de *diëtist* zijn dit: serieus genomen - respect voor wat u te zeggen had; besteedde voldoende aandacht aan u- respect voor wat u te zeggen had; locatiemedewerkers met beleefdheid en respect – locatiemedewerkers behulpzaam.

Deze informatie kan worden gebruikt als aanwijzing welke items mogelijk in aanmerking zouden kunnen komen voor verwijdering in een volgende versie van de vragenlijst.

- Het item “goede begeleiding bij het doseren van insuline” (vraag 18, 40, 62) zou met betrekking tot huisarts, internist en verpleegkundige ook in de schaal “diabetes-specifieke communicatie” passen (zie tabel 5), maar het heeft voorkeur om de vraag als afzonderlijk item mee te nemen vanwege de vergelijkbaarheid met de schaal “diabetes-specifieke communicatie” voor de diëtiste (voor de diëtist wordt de vraag over begeleiding bij het doseren van insuline niet gesteld) en omdat het item maar voor een deel van de respondenten van toepassing is.
- De interschaal-correlaties (tabel 6a-6d) ondersteunen in het algemeen dat het bij de drie vastgestelde schalen 1) hulpverlener-patiënt communicatie/interactie, 2) diabetes specifieke communicatie en 3) bereikbaarheid en bejegening door medewerkers per hulpverlener om onafhankelijke schalen gaat.
- De schaal “restgroep” bestaat uit de drie items “moeilijk te praten/begrijpen in verband met moeilijkheden Nederlandse taal”, “tegenstrijdige informatie” en “afstemming zorg met andere zorgverleners” (bij de diëtist clusteren spontaan alleen “moeilijk te praten/begrijpen in verband met moeilijkheden Nederlandse taal” en “tegenstrijdige informatie” bij elkaar). Deze items bleken echter inhoudelijk niet bij elkaar te horen en als schaal ook geen voldoende betrouwbaarheid te hebben (Cronbach's $\alpha < 0.60$). Geconcludeerd wordt dat deze items GEEN schaal vormen, maar als losse items kunnen worden weergegeven (let op: de vragen “moeilijk te

praten/begrijpen in verband met moeilijkheden Nederlandse taal" (vragen 10, 32, 54, 76) en "tegenstrijdige informatie" (vragen 12, 34, 56, 78) moeten omgecodeerd worden zodat een hogere score een beter kwaliteit weergeeft).

- Naast de drie identieke schalen per hulpverlener kunnen de vragen 100, 103, 106 geclusterd worden als schaal "Probleem reistijd naar controles (bloedonderzoek, voetonderzoek, oogcontrole)" met een goede betrouwbaarheid (Cronbach's $\alpha = 0.87$) (resultaten niet weergegeven in tabel). Het is echter de vraag of het wenselijk is om de items als schaal weer te geven omdat men daardoor mogelijk juist interessante informatie (bij welke controle ligt met name het probleem?) verliest. De vraag over problemen met reistijd naar de verschillende hulpverlener dienen in ieder geval als losse vraag per hulpverlener gepresenteerd te worden, omdat niet alle patiënten alle hulpverleners zien.

Tabel 5: Resultaten schaalconstructie

Vraag	Scale and items	Lading op primaire factor (exploratieve factoranalyse met oblimin rotatie)	Internal consistency reliability: Cronbach's α	Corrected Item-Total Correlations
	Huisarts			
	Hoe vaak in de afgelopen 12 mnd...			
	communicatie /interactie		0.90	
V 5	u serieus genomen	0.88		0.74
V 6	luisterde met aandacht	0.92		0.82
V 7	legde dingen begrijpelijk uit ¹	0.66		0.64
V 8	toonde respect voor wat u te zeggen had	0.87		0.79
V 9	besteedde voldoende tijd aan u	0.76		0.77
	¹ bij weglaten item 7		0.91	
	continuïteit van de zorg		0.07	
V 10	moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal	0.76		0.15
V 11	afstemming zorg met andere zorgverleners ²	-0.35		-0.08
V 12	tegenstrijdige informatie	0.83		0.10
	² bij weglaten item 11		0.50	
	diabetes specifieke communicatie³		0.90	
V 13	bespreken bloedglucose-regulatie	-0.84		0.72
V 14	goede diabetes voorlichting	-0.84		0.82
V 15	goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes	-0.87		0.81
V 16	bespreking huidige behandeling nog optimaal	-0.85		0.76
	³ Indien item 18 (goede begeleiding dosering insuline) wordt meegenomen in de analyses, clustert het ook spontaan in deze schaal ($\alpha=0.91$); echter meenemen leidt tot sterke reductie van de onderzoekspopulatie;			
	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers		0.70	
V 20	telefonisch goed bereikbaar	0.65		0.47
V 21	binnen 15 min. in de spreekkamer ⁴	0.61		0.47
V 22	medewerkers met beleefdheid en respect	0.81		0.57
V 23	medewerkers behulpzaam	0.85		0.59
	⁴ bij weglaten item 21		0.73 ⁵	
	⁵ bij weglaten item 20		0.78	

Vraag	Scale and items	Lading op primaire factor (exploratieve factoranalyse met oblimin rotatie)	Internal consistency reliability: Cronbach's α	Corrected Item-Total Correlations
	Internist			
	Hoe vaak in de afgelopen 12 mnd...			
	communicatie /interactie		0.90	
V 27	u serieus genomen	0.85		0.70
V 28	luisterde met aandacht	0.95		0.79
V 29	legde dingen begrijpelijk uit ¹	0.73		0.67
V 30	toonde respect voor wat u te zeggen had	0.87		0.81
V 31	besteedde voldoende tijd aan u	0.84		0.79
	¹ bij weglaten item 29		0.994	
	continuïteit van de zorg		0.48	
V 32	moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal	0.80		0.32
V 33	afstemming zorg met andere zorgverleners			
V 34	tegenstrijdige informatie	0.78		0.32
	diabetes specifieke communicatie²		0.88	
V 35	bespreken bloedglucose-regulatie	-0.85		0.65
V 36	goede diabetes voorlichting	-0.84		0.79
V 37	goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes	-0.87		0.80
V 38	bespreking huidige behandeling nog optimaal	-0.83		0.72
	² Indien item 40 (goede begeleiding dosering insuline) wordt meegenomen in de analyses, clusterd het ook spontaan in deze schaal ($\alpha=0.88$); echter meenemen leidt tot sterke reductie van de onderzoekspopulatie;			
	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers		0.60	
V 42	telefonisch goed bereikbaar ³	0.37		0.41
V 43	binnen 15 min. in de spreekkamer	0.40		0.35
V 44	poli-medewerkers met beleefdheid en respect	0.85		0.46
V 45	poli-medewerkers behulpzaam	0.89		0.40
	³ voor vergelijkbaarheid schalen ondanks lage factorlading opgenomen in schaal; bij weglaten item 42		0.50 ⁴	
	⁴ bij weglaten item 43		0.69	

Vraag	Scale and items	Lading op primaire factor (exploratieve factoranalyse met oblimin rotatie)	Internal consistency reliability: Cronbach's α	Corrected Item-Total Correlations
	Verpleegkundige			
	Hoe vaak in de afgelopen 12 mnd...			
	communicatie /interactie		0.88	
V 49	u serieus genomen	0.82		0.73
V 50	luisterde met aandacht	0.85		0.78
V 51	legde dingen begrijpelijk uit ¹	0.66		0.61
V 52	toonde respect voor wat u te zeggen had	0.82		0.77
V 53	besteedde voldoende tijd aan u	0.70		0.72
	¹ bij weglaten item 51		0.89	
	continuïteit van de zorg		0.50	
V 54	moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal	0.81		0.34
V 55	afstemming zorg met andere zorgverleners			
V 56	tegenstrijdige informatie	0.80		0.34
	diabetes specifieke communicatie²		0.85	
V 57	bespreken bloedglucose-regulatie	-0.83		0.64
V 58	goede diabetes voorlichting	-0.78		0.74
V 59	goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes	-0.77		0.72
V 60	bespreking huidige behandeling nog optimaal	-0.79		0.66
	² Indien item 62 (goede begeleiding dosering insuline) wordt meegenomen in de analyses, clustert het ook spontaan in deze schaal ($\alpha=0.84$); echter meenemen leidt tot sterke reductie van de onderzoekspopulatie;			
	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers		0.67	
V 64	telefonisch goed bereikbaar	0.60		0.43
V 65	binnen 15 min. in de spreekkamer ³	0.71		0.39
V 66	locatie-medewerkers met beleefdheid en respect	0.69		0.55
V 67	locatie-medewerkers behulpzaam	0.70		0.53
	³ bij weglaten item 65		0.6737 ⁴	
	⁴ bij weglaten item 64		0.76	

Vraag	Scale and items	Lading op primaire factor (exploratieve factoranalyse met oblimin rotatie)	Internal consistency reliability: Cronbach's α	Corrected Item-Total Correlations
	Diëtist			
	Hoe vaak in de afgelopen 12 mnd...			
	communicatie /interactie		0.91	
V 71	u serieus genomen	0.87		0.79
V 72	luisterde met aandacht	0.88		0.85
V 73	legde dingen begrijpelijk uit ¹	0.72		0.68
V 74	toonde respect voor wat u te zeggen had	0.88		0.81
V 75	besteedde voldoende tijd aan u	0.80		0.79
	¹ bij weglaten item 73		0.92	
	continuïteit van de zorg		0.57	
V 76	moeilijk te praten/begrijpen ivm moeilijkheden Nederlandse taal	0.85		0.40
V 78	tegenstrijdige informatie	0.82		0.40
	diabetes specifieke communicatie		0.79	
V 77	afstemming zorg met andere zorgverleners ²	0.48		0.35
V 79	bespreken bloedglucose-regulatie	0.86		0.62
V 80	goede diabetes voorlichting	0.64		0.66
V 81	goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes	0.71		0.70
V 82	bespreking huidige behandeling nog optimaal	0.85		0.64
	² bij weglaten item 77; ook inhoudelijk sterk argument		0.84	
	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers		0.74	
V 84	telefonisch goed bereikbaar	-0.41		0.51
V 85	binnen 15 min. in de spreekkamer ³	-0.71		0.45
V 86	locatie-medewerkers met beleefdheid en respect	-0.82		0.62
V 87	locatie-medewerkers behulpzaam	-0.83		0.64
	³ bij weglaten item 85		0.75⁴	
	⁴ bij weglaten item 84		0.85	

Tabel 6a. Zorg van huisartsen: correlaties tussen schalen en global ratings (Spearman's rho)

	communicatie/ interactie	diabetes specifieke communicatie	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers	Global rating HA	Global rating Diabetes Zorg	Global rating zorgverzekeraar
communicatie/ interactie	1	0.61	0.47	0.55	0.45	0.22
diabetes specifieke communicatie		1	0.46	0.51	0.47	0.23
Bereikbaarheid en bejegening medewerkers			1	0.47	0.43	0.29
Global rating HA				1	0.67	0.46
Global rating diabetes zorg					1	0.50
Global rating zorgverzekeraar						1

Alle correlaties zijn statistisch significant ($P < 0.01$)

Tabel 6b. Zorg van internisten: : correlaties tussen schalen en global ratings (Spearman's rho)

	communicatie/ interactie	diabetes specifieke communicatie	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers	Global rating IN	Global rating Diabetes zorg	Global rating zorgverzekeraar
communicatie/ interactie	1	0.57	0.50	0.56	0.46	0.23
diabetes specifieke communicatie		1	0.45	0.51	0.42	0.17
Bereikbaarheid en bejegening medewerkers			1	0.44	0.38	0.22
Global rating IN				1	0.69	0.45
Global rating diabetes zorg					1	0.45
Global rating zorgverzekeraar						1

Alle correlaties zijn statistisch significant ($P < 0.01$)

Tabel 6c. Zorg van Verpleegkundigen: correlaties tussen schalen en global ratings (Spearman's rho)

	communicatie/ interactie	diabetes specifieke communicatie	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers	Global rating VP	Global rating Diabetes zorg	Global rating zorgverzekeraar
communicatie/ interactie	1	0.57	0.48	0.43	0.42	0.22
diabetes specifieke communicatie		1	0.46	0.41	0.41	0.18
Bereikbaarheid en bejegening medewerkers			1	0.44	0.42	0.26
Global rating VP				1	0.76	0.46
Global rating diabetes zorg					1	0.49
Global rating zorgverzekeraar						1

Alle correlaties zijn statistisch significant ($P < 0.01$)

Tabel 6d. Zorg van diëtiste : correlations tussen schalen en Global ratings (Spearman's rho)

	communicatie/ interactie	diabetes specifieke communicatie	Bereikbaarheid en bejegening medewerkers	Global rating DT	Global rating Diabetes zorg	Global rating zorgverzekeraar
communicatie/ interactie	1	0.57	0.59	0.52	0.39	0.21
diabetes specifieke communicatie		1	0.50	0.54	0.43	0.24
Bereikbaarheid en bejegening medewerkers			1	0.50	0.40	0.23
Global rating DT				1	0.72	0.45
Global rating diabetes zorg					1	0.52
Global rating zorgverzekeraar						1

Alle correlaties zijn statistisch significant ($P < 0.01$)

8 Case-mix adjustment analyse / correctie van patiëntenmix

Voor het vaststellen van het discriminerend vermogen van de Ervaringenlijst Diabetes is het belangrijk om te corrigeren voor verschillen die meer op de karakteristieken van patiënten dan op daadwerkelijke verschillen in ervaringen met de geboden zorg tussen verschillende netwerken berusten.

Variabelen die consistent belangrijk blijken te zijn voor case-mix adjustment van CAHPS® vragenlijsten (*Elliot MN et al., 2001; Zaslavsky AM et al., 2001*) zijn algemene gezondheid, opleiding en leeftijd. Andere variabelen die op basis van inhoudelijke overwegingen en de literatuur (*The CAHPS® II Investigators and the Agency of Healthcare Research and Quality, 2003; Arah O et al., 2005; O'Malley AJ et al., 2006*) als case-mix adjusters voor de Ervaringenlijst Diabetes in aanmerking zouden kunnen komen zijn geslacht, taal anders dan Nederlands, etniciteit en de ziekteduur.

In dit rapport werd het statistische belang van deze potentiële variabelen voor case-mix adjustment middels zogenaamde “explanatory power analyses” onderzocht. De opzet van deze analyses is gebaseerd op eerder beschreven procedures voor het vaststellen van case-mix variabelen van CAHPS® vragenlijsten (*The CAHPS® II Investigators and the Agency of Healthcare Research and Quality, 2003; O'Malley AJ et al., 2006*).

Echter, case-mix adjustment is niet louter een statistische keuze. De uitkomsten van de “explanatory power analyse” dienen daarom vervolgens nogmaals op inhoudelijke overwegingen kritisch getoetst te worden voordat de uiteindelijke correctie-variabelen definitief worden vastgesteld. Dit kan betekenen dat statistisch significante variabelen uiteindelijk toch niet voor case-mix adjustment worden meegenomen omdat correctie voor deze variabelen mogelijk juist voor vertroebeling van verschillen in ervaringen zou kunnen leiden.

8.1. Explanatory power

De “explanatory power” van een variabele is het product van de heterogeniteit tussen netwerken met betrekking tot een bepaalde correctievariabele en van de “predictive power” van de desbetreffende variabele.

De heterogeniteit van een variabele tussen netwerken wordt gemeten door middel van de variantie-ratio's van de tussen – en binnen –netwerk variantie (tabel 7) van de desbetreffende variabele. Hierbij is het effect van het ziekenhuis “fixed” en wordt het effect van de correctievariabele vastgesteld door middel van “restricted maximum likelihood estimation technique (REML)”.

De “predictive power” (tabel 8) van een variabele wordt vastgesteld als verandering in R^2 in een regressiemodel waarbij de desbetreffende variabele wordt weggelaten ten opzichte van het “full” (=totale) model dat alle correctievariabelen bevat.

Analyses zijn uitgevoerd voor de algemene oordelen (=global ratings) per hulpverlener (huisarts, internist, verpleegkundige en diëtiste), het algemene oordeel over de diabeteszorg en het algemene oordeel over de zorgverzekeraar. Aanvullend werden tevens de drie identieke schalen per hulpverlener (hulpverlener-patiënt communicatie/ interactie, diabetes-specifieke informatie en bereikbaarheid en bejegening door medewerkers) bekeken. De statistische keuze voor case-mix adjustment werd echter vooral gebaseerd op de analyses van de ratings/algemene oordelen.

De resultaten van de “explanatory power analyses” zijn weergegeven in tabel 9.

Als afkappunt voor statistisch relevante case-mix variabele werd een waarde van 0.1 gehanteerd. Algemene gezondheid, leeftijd, opleiding en ziekte duur werden als lineaire data beschouwd; geslacht, taal en etniciteit werden dichotoom bekeken.

5.2. Conclusie case-mix adjustment voor 17 netwerken diabeteszorg

Uit tabel 9 blijkt – vooral uitgaande van de analyses betreffende de algemene oordelen/global ratings - dat de volgende variabelen statistisch relevante (= explanatory power > 0.1) case-mix variabelen zijn⁸: algemene gezondheid (lineair), leeftijd (lineair), opleiding (lineair) en taal (dichotoom).

Zoals eerder vermeld dienen deze statistisch relevante effecten nog eens zorgvuldig op inhoudelijke overwegingen getoetst te worden. Dit is gebeurd tijdens een bijeenkomst van de wetenschappelijke adviesgroep (WAG) van de Stichting Miletus.

Door de WAG is als algemeen uitgangspunt geformuleerd dat variabelen die potentieel door de instelling beïnvloed zouden kunnen worden en daarmee tot kwaliteitsverbetering zouden kunnen leiden NIET zullen worden meegenomen als correctievariabelen. Deze variabelen zullen in plaats daarvan juist – indien het aantal cases het toelaat – voor diepteanalyses worden gebruikt. Daarnaast is door de WAG in het algemeen ook het belang van ruwe data naast gecorrigeerde cijfers onderstreept.

⁸ Bij analyse van de drie schalen (interactie, diabetes specifieke informatie, bereikbaarheid/bejegening door medewerkers) per hulpverlener, komt tevens etniciteit naar voren.

Concreet voor de Ervaringenlijst Diabetes wordt geconcludeerd dat bij de vergelijking van netwerken gecorrigeerd zal worden voor de volgende 3 variabelen:

- algemene gezondheid
- leeftijd
- opleiding

Het verdient aanbeveling om expliciet te vermelden dat voor taal en etniciteit bewust niet wordt gecorrigeerd, maar dat de effecten van taal en etniciteit op patiëntervaringen apart worden weergegeven als resultaten van diepteanalyses.

In dit validatie-rapport zijn algemene gezondheid, leeftijd en opleiding als lineaire variabelen gebruikt.

In de hier uitgevoerde en beschreven multilevel analyses is er tenslotte voor gekozen om gecentreerde correctievariabelen te gebruiken gezien de vertekening in uitkomstvariabelen bij gebruik van niet gecentreerde correctievariabelen.

Tabel 7: “Casemix ratio van tussen-netwerk en binnen-netwerk variantie”

Global Rating HA	
Algemene gezondheid	0,11
Leeftijd	0,01
Geslacht (vrouw)	0,00
opleiding	0,05
Taal	0,10
Etniciteit	0,04
hoe lang geleden diagnose	redundant
Global Rating IN	
Algemene gezondheid	0,06
Leeftijd	0,02
Geslacht (vrouw)	redundant
opleiding	0,03
Taal	0,08
Etniciteit	0,03
hoe lang geleden diagnose	0,01
Global Rating VP	
Algemene gezondheid	0,07
Leeftijd	0,01
Geslacht (vrouw)	0,00
opleiding	0,01
Taal	0,08
Etniciteit	0,02
hoe lang geleden diagnose	redundant
Global Rating DT	
Algemene gezondheid	0,02
Leeftijd	0,02
Geslacht (vrouw)	redundant
opleiding	0,01
Taal	0,01
Etniciteit	redundant
hoe lang geleden diagnose	redundant
Global rating diabeteszorg	
Algemene gezondheid	0,11
Leeftijd	0,00
Geslacht (vrouw)	0,00
opleiding	0,03
Taal	0,09
Etniciteit	0,04
hoe lang geleden diagnose	redundant
Global rating zorgverzekeraar	
Algemene gezondheid	0,04
Leeftijd	0,04
Geslacht (vrouw)	redundant
opleiding	0,03
Taal	0,15
Etniciteit	0,04
hoe lang geleden diagnose	0,00

Vervolg Tabel 7: “Casemix ratio van tussen-netwerk en binnen-netwerk variantie”

Interactie/Communicatie				
	HA	IN	VP	DT
Algemene gezondheid	0,09	0,06	0,08	0,04
Leeftijd	0,00	redundant	0,00	redundant
Geslacht (vrouw)	0,01	0,00	0,00	0,00
opleiding	0,02	0,03	0,03	0,02
Taal	0,05	0,06	0,06	0,05
Etniciteit	0,02	0,03	0,04	0,00
hoe lang geleden diagnose	0,01	0,00	0,00	0,00
Diabetes specifieke communicatie				
	HA	IN	VP	DT
Algemene gezondheid	0,08	0,08	0,05	0,02
Leeftijd	0,01	0,02	0,03	redundant
Geslacht (vrouw)	0,01	0,02	0,00	redundant
opleiding	0,01	0,00	0,02	0,01
Taal	0,02	redundant	0,06	redundant
Etniciteit	0,01	0,01	0,03	redundant
hoe lang geleden diagnose	0,00	0,07	0,00	0,00
Bereikbaarheid/bejegening medewerkers				
	HA	IN	VP	DT
Algemene gezondheid	0,09	0,07	0,09	0,05
Leeftijd	0,02	0,00	0,01	0,01
Geslacht (vrouw)	0,00	redundant	0,00	redundant
opleiding	0,08	0,01	0,05	0,02
Taal	0,26	0,05	0,16	0,03
Etniciteit	0,14	0,05	0,10	0,02
hoe lang geleden diagnose	0,00	0,03	0,00	redundant

HA= huisarts; IN= internist; VP=verpleegkundige; DT=diëtiste

Redundant= Variance was set to zero because it was redundant

Tabel 8. “Casemix predictive power: Change in R-squared”

Global Rating HA	R-squared totaal	0,066
Algemene gezondheid		0,032
Leeftijd		0,000
Geslacht (vrouw)		-0,001
opleiding		0,002
Taal		0,008
Etniciteit		-0,001
hoe lang geleden diagnose		0,006
Global Rating IN	R-squared totaal	0,03
Algemene gezondheid		0,001
Leeftijd		0,003
Geslacht (vrouw)		-0,001
opleiding		-0,001
Taal		0,000
Etniciteit		0,001
hoe lang geleden diagnose		0,005
Global Rating VP	R-squared totaal	0,035
Algemene gezondheid		0,019
Leeftijd		-0,001
Geslacht (vrouw)		-0,003
opleiding		0,001
Taal		0,000
Etniciteit		0,001
hoe lang geleden diagnose		0,003
Global Rating DT	R-squared totaal	0,041
Algemene gezondheid		0,016
Leeftijd		0,013
Geslacht (vrouw)		-0,004
opleiding		0,014
Taal		-0,004
Etniciteit		0,000
hoe lang geleden diagnose		0,000
Global Rating diabeteszorg	R-squared totaal	0,051
Algemene gezondheid		0,026
Leeftijd		0,001
Geslacht (vrouw)		0,000
opleiding		0,003
Taal		0,002
Etniciteit		0,002
hoe lang geleden diagnose		-0,004
Global Rating zorgverzekeraar	R-squared totaal	0,05
Algemene gezondheid		0,007
Leeftijd		0,014
Geslacht (vrouw)		-0,002
opleiding		-0,001
Taal		0,010
Etniciteit		0,000
hoe lang geleden diagnose		0,002

Vervolg Tabel 8. “Casemix predictive power: Change in R-squared”

Interactie/Communicatie				
	HA	IN	VP	DT
<i>R-squared totaal</i>	0,052	0,038	0,03	0,029
Algemene gezondheid	0,026	0,002	0,015	0,016
Leeftijd	0,002	-0,002	-0,002	-0,004
Geslacht (vrouw)	0,001	-0,009	-0,005	-0,003
opleiding	0,000	-0,008	-0,005	0,013
Taal	0,003	-0,015	0,000	-0,029
Etniciteit	0,002	-0,012	0,007	-0,001
hoe lang geleden diagnose	0,007	-0,009	-0,002	0,003
Diabetes specifieke communicatie				
	HA	IN	VP	DT
<i>R-squared totaal</i>	0,05	0,053	0,052	0,022
Algemene gezondheid	0,031	0,003	0,012	0,005
Leeftijd	0,001	0,005	0,018	0,001
Geslacht (vrouw)	0,003	-0,001	0,000	-0,001
opleiding	0,003	-0,003	0,002	0,015
Taal	0,003	-0,009	0,000	-0,001
Etniciteit	-0,001	-0,008	0,007	0,004
hoe lang geleden diagnose	-0,001	0,000	0,004	0,004
Bereikbaarheid/bejegening medewerkers				
	HA	IN	VP	DT
<i>R-squared totaal</i>	0,122	0,05	0,072	0,05
Algemene gezondheid	0,022	0,015	0,027	0,028
Leeftijd	-0,001	-0,001	-0,002	-0,004
Geslacht (vrouw)	0,001	0,003	0,002	-0,008
opleiding	0,006	0,002	0,002	0,013
Taal	0,024	0,004	0,007	-0,004
Etniciteit	0,008	0,004	0,011	0,006
hoe lang geleden diagnose	0,001	-0,003	-0,002	-0,003

HA= huisarts; IN= internist; VP=verpleegkundige; DT=diëtiste

Tabel 9. “Casemix Explanatory Power*: 1000 x (variance x predictive power)”

Global Rating HA	
Algemene gezondheid	3,485
Leeftijd	0,000
Geslacht (vrouw)	-0,004
opleiding	0,091
Taal	0,793
Etniciteit	-0,039
hoe lang geleden diagnose	0,000
Global Rating IN	
Algemene gezondheid	0,058
Leeftijd	0,049
Geslacht (vrouw)	0,000
opleiding	-0,029
Taal	0,000
Etniciteit	0,032
hoe lang geleden diagnose	0,071
Global Rating VP	
Algemene gezondheid	1,376
Leeftijd	-0,012
Geslacht (vrouw)	-0,008
opleiding	0,011
Taal	0,000
Etniciteit	0,018
hoe lang geleden diagnose	0,000
Global Rating DT	
Algemene gezondheid	0,266
Leeftijd	0,296
Geslacht (vrouw)	0,000
opleiding	0,197
Taal	-0,024
Etniciteit	0,000
hoe lang geleden diagnose	0,000
Global Rating diabeteszorg	
Algemene gezondheid	2,982
Leeftijd	0,004
Geslacht (vrouw)	0,000
opleiding	0,081
Taal	0,171
Etniciteit	0,071
hoe lang geleden diagnose	0,000
Global Rating zorgverzekeraar	
Algemene gezondheid	0,276
Leeftijd	0,624
Geslacht (vrouw)	0,000
opleiding	-0,031
Taal	1,451
Etniciteit	0,000
hoe lang geleden diagnose	0,001

Vervolg Tabel 9. “Casemix Explanatory Power*: 1000 x (variance x predictive power)”

Interactie/Communicatie				
	HA	IN	VP	DT
Algemene gezondheid	2,246	0,123	1,154	0,674
Leeftijd	0,006	0,000	0,000	0,000
Geslacht (vrouw)	0,012	0,000	0,000	-0,001
opleiding	0,000	-0,207	-0,156	0,304
Taal	0,153	-0,948	0,000	-1,357
Etniciteit	0,047	-0,346	0,255	0,000
hoe lang geleden diagnose	0,043	-0,033	0,000	0,000
Diabetes specifieke communicatie				
	HA	IN	VP	DT
Algemene gezondheid	2,449	0,225	0,601	0,092
Leeftijd	0,008	0,079	0,457	0,000
Geslacht (vrouw)	0,030	-0,016	0,000	0,000
opleiding	0,020	-0,013	0,045	0,210
Taal	0,057	0,000	0,000	0,000
Etniciteit	-0,007	-0,056	0,188	0,000
hoe lang geleden diagnose	-0,002	0,000	0,000	0,006
Bereikbaarheid/bejegening medewerkers				
	HA	IN	VP	DT
Algemene gezondheid	2,031	1,083	2,408	1,520
Leeftijd	-0,015	-0,004	-0,019	-0,025
Geslacht (vrouw)	0,000	0,000	0,009	0,000
opleiding	0,451	0,000	0,092	0,283
Taal	6,326	0,210	1,102	-0,138
Etniciteit	1,090	0,213	1,079	0,112
hoe lang geleden diagnose	0,004	-0,095	0,000	0,000

HA= huisarts; IN= internist; VP=verpleegkundige; DT=diëtiste

* berekend voor het afronden; cut-off voor relevante case-mix variabelen is vastgesteld op 0.1

9 Discriminerend vermogen

9.1. Multilevel analyses

Multilevel analyses (methode=IGLS (Iterative Generalized Least Squares (*Goldstein H. Biometrika 1986*)) werden uitgevoerd met als doel het discriminerend vermogen van de vragenlijst te testen. Analyses werden uitgevoerd met betrekking tot de drie schalen en de algemene oordelen per hulpverlener, het algemene oordeel over de diabeteszorg en de zorgverzekeraar en de schaal over reistijd naar controles.⁹

Voor de multilevel analyses zijn in dit rapport de uitkomstvariabelen (=schaalscores) als soort “latente” variabele geschat op basis van de individuele items (het model heeft dus in feite drie niveaus: niveau 1= items; niveau 2= patiënten, niveau 3= diabetesnetwerk). Deze manier van berekenen leidt tot een zuiverdere schatting van de schaalscore dan een traditionele gemiddelde schaalscore. Ter illustratie van de voordelen van deze geavanceerde manier van scoreberekening worden voor een aantal analyses (zoals bepaling van de intra klasse-correlatie, invloed van de steekproefgrootte) ook de resultaten bij gebruik van “traditionele”, in SPSS berekende gemiddelde schaalscores (deze zijn alleen berekend indien alle items behorende bij een schaal waren ingevuld¹⁰) weergegeven.

De volgende onderzoeksvragen werden met behulp van de multilevel analyses getracht te beantwoorden:

- Welk percentage van de totale variantie (=de intra klasse-correlatie) in de uitkomsten is toe te schrijven aan verschillen tussen netwerken?
- Wat is de invloed van de steekproefgrootte?
- Komen uit de analyses significante verschillen in patiëntervaringen tussen netwerken naar voren?
- Wat is de invloed van case-mix adjustment op verschillen in patiëntervaringen tussen netwerken?
- Hangen de (verschillen in) ervaringen samen met de organisatie van de diabeteszorg?

⁹ Het onderzoek naar het discriminerend vermogen heeft zich vooral gericht op ervaringen. De vragen over controles en complicaties zijn buiten beschouwing gebleven.

¹⁰ Nader onderzoek naar item non-respons zal moeten uitwijzen of eventueel kan worden aanbevolen om gemiddelde schaalscores te berekenen indien tenminste de helft van de items (of de helft plus 1 als het om een oneven aantal items gaat) zijn ingevuld, zoals bijvoorbeeld bij de SF-36.

9.2. Bepaling intra klasse-correlatie (ICC)

De intra klasse-correlatie (Intra Class-Correlation; ICC) is een maat voor afhankelijkheid en kan worden weergegeven als het percentage van de totale variantie toe te schrijven aan verschillen tussen instellingen (in dit geval diabetesnetwerken); met andere woorden, de ICC is een maat voor de invloed van de instellingen op het patiëntenoordeel.

Tabel 10a geeft een overzicht van de ruwe en de adjusted ICC voor de drie schalen en global ratings per hulpverlener, de global ratings over de diabeteszorg in het algemeen en de zorgverzekeraar en de schaal over problemen met de reistijd naar controles.

De resultaten laten zien dat met betrekking tot een groot aantal schalen de variantie tussen netwerken niet significant kan worden geschat; dit kan (mede) komen door het relatief kleine aantal netwerken (n=17) in combinatie met een laag aantal respondenten per hulpverlener per netwerk. Een eventuele inhoudelijke verklaring zou kunnen zijn dat met betrekking tot de desbetreffende schalen de variatie binnen netwerken net zo groot is als tussen netwerken. In een aantal gevallen – met name voor de internist en de diëtist – kan er zelfs helemaal geen tussen netwerk variantie worden berekend en is verdere statistiek dus niet zinvol en mogelijk. Het is zeer waarschijnlijk dat de kleine aantallen hierbij een rol spelen.

Over het algemeen zijn de ICCs die berekend kunnen worden vrij laag wat erop wijst dat in dit onderzoek de invloed van het netwerk op de ervaringen beperkt is. Grote uitzondering is de schaal “bereikbaarheid en bejegening door medewerkers” voor de huisarts: 17.94% (adjusted) van de totale variantie is toe te schrijven aan verschillen tussen netwerken. Voor de verpleegkundige is dit 3.31%.

De tussen netwerk variantie van de meeste global ratings kunnen niet significant worden geschat en de ICCs zijn laag (0-0.51%). Deze bevindingen bevestigen dat in plaats van naar algemene oordelen beter naar specifieke ervaringen gevraagd kan worden.

Voor de schaal “problemen met reistijd naar controles” werd een ICC van 2.67% (adjusted) vastgesteld.

Over het algemeen kan na case-mix adjustment de tussen netwerk variantie slechter worden geschat en wordt de ICC lager, met andere woorden de invloed van de netwerken op de ervaringen van patiënten wordt minder.

Samenvattend kan worden vastgesteld dat het over het algemeen erop lijkt dat in deze onderzoekspopulatie de invloed van de verschillende netwerken op de patiëntervaringen beperkt is.

Tabel 10a. Overzicht intra-class correlatie (ICC): latente variabelen

	N	Ruw		Adjusted ^a	
		χ^2 (1df)	ICC (%)	χ^2 (1df)	ICC (%)
HUISARTS					
communicatie/interactie	2411	4.37*	2.43	3.29	1.54
diabetes specifieke communicatie	2340	5.16*	3.63	4.60*	2.89
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	2408	7.69**	20.57	7.45**	17.94
Global rating	2366	4.14*	2.06	2.38	0.94
INTERNIST					
communicatie/interactie	998	0	0	0	0
diabetes specifieke communicatie	981	0.04	0.12	0.08	0.18
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	980	1.31	1.60	0.47	0.72
Global rating	960	0	0	0.27	0.36
VERPLEEGKUNDIGE					
communicatie/interactie	2070	2.90	1.52	2.50	1.27
diabetes specifieke communicatie	2032	1.90	0.96	1.68	0.84
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	2027	4.81*	4.26	4.21*	3.31
Global rating	1998	0.90	0.41	0.39	0.22
DIETISTE					
communicatie/interactie	860	0.12	0.26	0	0
diabetes specifieke communicatie	846	0	0	0	0
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	845	0.04	0.15	0	0
Global rating	839	0	0	0	0
Global rating diabeteszorg	3038	3.32	1.10	1.36	0.40
Global rating zorgverzekeraar	3229	1.16	0.32	0	0
Reistijd naar controles	3456	5.78*	3.32	5.27*	2.67

^aAdjusters (gecentreerd): leeftijd, opleiding, algemene gezondheid

* p<0.05; **p<0.01 (χ^2 -toets voor het toetsen van de tussen netwerk variantie)

In Tabel 10b zijn ter vergelijking de ICCs voor de SPSS schaalscores weergegeven. De resultaten laten het voordeel van latente variabelen duidelijk zien: de ICCs voor de SPSS-schaalscores zijn lager omdat relatief veel informatie bij een dergelijke schaalsamenstelling verloren gaat.

Tabel 10b. Overzicht intra-class correlatie (ICC): SPSS-schaalscores

	N	Ruw		Adjusted ^a	
		χ^2 (1df)	ICC (%)	χ^2 (1df)	ICC (%)
HUISARTS					
communicatie/interactie	2302	4.15*	2.13	2.94	1.25
diabetes specifieke communicatie	2131	5.23*	3.68	4.55*	2.79
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	2179	7.62**	16.7	7.32**	14.08
INTERNIST					
communicatie/interactie	955	0	0	0	0
diabetes specifieke communicatie	922	0.04	0.12	0.01	0.06
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	842	0	0	0	0
VERPLEEGKUNDIGE					
communicatie/interactie	2004	3.10	1.53	2.61	1.22
diabetes specifieke communicatie	1900	2.42	1.17	2.03	0.96
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	1795	4.95*	3.92	4.36*	3.06
DIETISTE					
communicatie/interactie	843	0.17	0.30	0	0
diabetes specifieke communicatie	787	0	0	0	0
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	703	1.55	1.88	0.63	0.88
Reistijd naar controles	3017	5.66*	3.16	5.01*	2.37

^a Adjusters (gecentreerd): leeftijd, opleiding, algemene gezondheid

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (χ^2 -toets voor het toetsen van de tussen netwerk variantie)

9.3. Invloed van de steekproefgrootte

De reliability is een maat voor het betrouwbaar schatten van verschillen en hangt af van zowel het aantal items als ook het aantal patiënten. In het algemeen wordt een reliability van 0.8 beschouwd als betrouwbare grens voor het vaststellen van relevante verschillen tussen instellingen. Middels multilevel analyse kan worden berekend hoeveel patiënten minimaal per netwerk nodig zijn om een reliability van 0.8 te bereiken gegeven de ICC.

De variantie tussen netwerken moet voor deze analyses in principe significant kunnen worden geschat. Bij de interpretatie van de steekproefgrootte gegevens moet men er rekening mee houden dat in de voorliggende onderzoekspopulatie de tussen netwerk variantie vaak niet significant geschat konden worden en dat die ICCs extreem laag waren. Voor deze schalen is het aantal benodigde patiënten extreem hoog. Aangezien in een aantal gevallen – met name voor de internist en de diëtist –er helemaal geen variantie tussen de netwerken kon worden vastgesteld en verdere statistiek dus niet zinvol en mogelijk was, konden voor de desbetreffende schalen ook geen berekeningen over de steekproefgrootte worden uitgevoerd.

Tabel 11a laat voor de verschillende schalen per hulpverlener (er is uitgegaan van de latente schalen), de global ratings en de schaal over problemen met reistijd naar controles de gemiddelde reliability op instellingsniveau en het berekende minimum aantal patiënten voor vier verschillende levels van reliability zien gegeven de desbetreffende ICCs. Hoe lager de ICC hoe hoger het aantal benodigde patiënten. Het valt op dat met betrekking tot de vier hulpverleners voor de schaal “Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers” het aantal benodigde patiënten het laagst is, met name bij de huisarts. Voor deze schaal kon ook de ICC het best worden geschat.

Tabel 11b illustreert dat bij gebruik van in SPSS samengestelde gemiddelde schaalscores het aantal benodigde patiënten (nog) groter is.

De eerder genoemde beperkingen maken algemene conclusies voor de advisering over de steekproefgrootte moeilijk. Echter, een a-selecte steekproef van 300 patiënten per netwerk (dus niet lettende op de verdeling van respondenten per hulpverlener) lijkt niet voldoende om diabetesnetwerken op het niveau van alle aspecten (=schalen) per hulpverlener, maar ook niet met betrekking tot algemene oordelen over de diabeteszorg en de zorgverzekeraar te kunnen vergelijken. Derhalve is het belangrijk om voorafgaande aan een onderzoek de vraagstelling goed te definiëren en hiermee rekening te houden bij de steekproeftrekking.

Tabel 11a. Overzicht de invloed van steekproefgrootte op de reliability gegeven de gevonden ICC (ruw en case-mix adjusted[§]): latente variabelen

	Gemiddelde reliability op netwerk-niveau	Minimum aantal patiënten per netwerk gegeven de desbetreffende ICC*			
		Reliability 0.6	Reliability 0.7	Reliability 0.8	Reliability 0.9
HUISARTS					
communicatie/interactie					
ruw	0.71	60	94	161	361
adjusted	0.62	96	149	256	576
diabetes specifieke communicatie					
ruw	0.78	40	62	106	239
adjusted	0.74	50	78	135	302
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
Ruw	0.95	6	9	15	35
adjusted	0.95	7	11	18	41
Global rating					
ruw	0.69	71	111	190	429
adjusted	0.51	158	246	422	950
INTERNIST					
communicatie/interactie					
ruw	-	-	-	-	-
adjusted	-	-	-	-	-
diabetes specifieke communicatie					
ruw	0.06	1263	1965	3369	7579
adjusted	0.09	823	1281	2196	4940
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
ruw	0.38	92	144	247	555
adjusted	0.22	208	324	555	1249
Global rating					
ruw	-	-	-	-	-
adjusted	0.16	420	654	1121	2521
VERPLEEGKUNDIGE					
communicatie/interactie					
ruw	0.57	97	152	260	585
adjusted	0.53	117	182	312	701
diabetes specifieke communicatie					
ruw	0.46	154	240	412	926
adjusted	0.43	178	276	474	1066
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
ruw	0.75	34	52	90	202
adjusted	0.70	44	68	117	263
Global rating					
ruw	0.30	360	560	960	2161
adjusted	0.19	691	1075	1843	4148
DIETISTE					
communicatie/interactie					
ruw	0.11	573	891	1527	3436
adjusted	-	-	-	-	-
diabetes specifieke communicatie					
ruw	-	-	-	-	-
adjusted	-	-	-	-	-

	Gemiddelde reliability op netwerk-niveau	Minimum aantal patiënten per netwerk gegeven de desbetreffende ICC*			
		Reliability 0.6	Reliability 0.7	Reliability 0.8	Reliability 0.9
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
ruw	0.06	972	1512	2592	5832
adjusted	-	-	-	-	-
Global rating					
ruw	-	-	-	-	-
adjusted	-	-	-	-	-
Global rating diabeteszorg					
ruw	0.61	135	210	361	811
adjusted	0.38	375	583	999	2248
Global rating zorgverzekeraar					
ruw	0.35	467	726	1244	2800
adjusted	-	-	-	-	-
Reistijd naar controles					
ruw	0.83	44	68	117	262
adjusted	0.80	55	85	146	329

* voor desbetreffende ICC zie Tabel 10a.

§ Adjusters (gecentreerd): leeftijd, opleiding, algemene gezondheid.

Tabel 11b. Overzicht van de invloed van steekproefgrootte op de reliability gegeven de gevonden ICC (ruw en case-mix adjusted[§]): SPSS-schaalscores

	Gemiddelde reliability op netwerk niveau	Minimum aantal patiënten per netwerk gegeven de desbetreffende ICC*			
		Reliability 0.6	Reliability 0.7	Reliability 0.8	Reliability 0.9
HUISARTS					
communicatie/interactie					
ruw	0.69	69	107	184	414
adjusted	0.57	118	184	315	709
diabetes specifieke communicatie					
ruw	0.78	39	61	105	236
adjusted	0.73	52	81	139	313
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
Ruw	0.95	7	12	20	45
adjusted	0.94	9	14	24	55
INTERNIST					
communicatie/interactie					
ruw	-	-	-	-	-
adjusted	-	-	-	-	-
diabetes specifieke communicatie					
ruw	0.06	1280	1991	3413	7679
adjusted	0.03	2535	3944	6761	15212
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
ruw	-	-	-	-	-
adjusted	-	-	-	-	-
VERPLEEGKUNDIGE					
communicatie/interactie					
ruw	0.59	96	150	257	578
adjusted	0.53	121	189	323	728
diabetes specifieke communicatie					
ruw	0.51	126	197	337	758
adjusted	0.47	155	241	413	929
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
ruw	0.75	37	57	98	221
adjusted	0.71	48	74	127	285
DIETISTE					
communicatie/interactie					
ruw	0.13	493	767	1315	2958
adjusted	-	-	-	-	-
diabetes specifieke communicatie					
ruw	-	-	-	-	-
adjusted	-	-	-	-	-
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers					
ruw	0.41	78	122	208	469
adjusted	0.25	169	262	450	1012
Reistijd naar controles					
ruw	0.81	46	71	123	276
adjusted	0.76	62	96	165	370

* voor desbetreffende ICC zie Tabel 10b.

§ Adjusters (gecentreerd): leeftijd, opleiding, algemene gezondheid.

9.4. Indeling diabetesnetwerken in drie klassen

Rekening houdende met de eerder beschreven beperkingen lijkt de lijst beperkt in staat met betrekking tot een aantal aspecten verschillen tussen diabetesnetwerken aan te tonen.

Hieronder volgt een overzicht van een indeling van de netwerken in drie klassen (tabel 12), waarbij de laagste en de hoogste klasse gevormd worden door netwerken die significant van elkaar verschillen (= niet overlappende vergelijkingsbetrouwbaarheidsintervallen) met betrekking tot de verschillende schalen en global ratings. De overige netwerken vormen de middencategorie en verschillen niet significant van de hoogste of de laagste klasse. Bij de interpretatie van de classificatie weergegeven in tabel 12 moet men zich echter blijven realiseren dat - gezien de grotendeels lage ICCs - de invloed van het netwerk op het patiëntenoordeel vrij beperkt is.¹¹

Tabel 12. Classificatie* van diabetesnetwerken op basis van significante vergelijkingsverschillen: latente variabelen

	Laagst N (%)		Midden N (%)		Hoogst N (%)	
	Ruw	adjusted [§]	ruw	adjusted [§]	ruw	adjusted [§]
HUISARTS						
communicatie/interactie	2 (11.8)	2 (11.8)	11 (64.7)	13 (76.5)	4 (23.5)	2 (11.8)
diabetes specifieke communicatie	3 (17.6)	3 (17.6)	9 (52.9)	10 (58.8)	5 (29.4)	4 (23.5)
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	5 (29.4)	5 (29.4)	3 (17.6)	3 (17.6)	9 (52.9)	9 (52.9)
Global rating	2 (11.8)	2 (11.8)	13 (76.5)	14 (82.4)	2 (11.8)	1 (5.9)
INTERNIST						
communicatie/interactie	-	-	-	-	-	-
diabetes specifieke communicatie	0	0	17 (100)	17 (100)	0	0
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	0	0	16 (94.1)	17 (100)	1 (5.9)	0
Global rating	-	0	-	17 (100)	-	0
VERPLEEGKUNDIGE						
communicatie/interactie	2 (11.8)	1 (5.9)	13 (76.5)	14 (82.4)	2 (11.8)	2 (11.8)
diabetes specifieke communicatie	1 (5.9)	1 (5.9)	15 (88.2)	15 (88.2)	1 (5.9)	1 (5.9)
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	4 (23.5)	2 (11.8)	9 (52.9)	12 (70.6)	4 (23.5)	3 (17.6)
Global rating	0	0	17 (100)	17 (100)	0	0
DIETIST						
communicatie/interactie	0	-	17 (100)	-	0	-
diabetes specifieke communicatie	-	-	-	-	-	-
Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers	0	-	17 (100)	-	0	-
Global rating	-	-	-	-	-	-
Global rating diabeteszorg	2 (11.8)	0	13 (76.5)	16 (94.1)	2 (11.8)	1 (5.9)
Global rating zorgverzekeraar	1 (5.9)	-	16 (94.1)	-	0	-
Reistijd naar controles	3 (17.6)	3 (17.6)	10 (58.8)	11 (64.7)	4 (23.5)	3 (17.6)

* op basis van significante vergelijkingsverschillen (posterior means)

[§] Adjusters (gecentreerd): leeftijd, opleiding, algemene gezondheid.

¹¹ Op basis van de resultaten in tabel 12 wordt voor deze onderzoekspopulatie geadviseerd om in de inhoudelijke rapportages de resultaten betreffende internist en diëtist niet op te splitsen naar netwerken.

In de volgende figuren (3A-3F) worden – waar mogelijk – met betrekking tot de drie schalen en de global ratings per hulpverlener de gemiddelde schaalscores met 95% vergelijkingsbetrouwbaarheidsinterval (vermenigvuldigings factor 1.39) per netwerk ruw en case-mix adjusted (leeftijd, opleiding, algemene gezondheid (allen gecentreerd)) weergegeven. Deze figuren zijn gebaseerd op de multilevel analyses; bij schalen bestaande uit meerdere items is gebruik gemaakt van de analyses met “latente” variabelen. De horizontale lijn geeft de gemiddelde score van alle netwerkgemiddelden weer. Netwerken die met een betrouwbaarheidsinterval geheel onder de horizontale lijn vallen verschillen van de netwerken die met hun betrouwbaarheidsinterval geheel boven de lijn liggen. De figuren illustreren de resultaten van de onderlinge vergelijking, maar geven niet weer of netwerken significant verschillen van het overall gemiddelde.

De figuren laten zien dat met betrekking tot een aantal schalen niet alle betrouwbaarheidsintervallen (CI) geheel overlappen; met andere woorden lijkt de lijst met betrekking tot die schalen in staat om significante verschillen tussen netwerken aan te tonen. Indien het bij de afwijkende netwerken om zorginstellingen met kleine aantallen gaat is echter voorzichtigheid geboden bij de interpretatie; in dat geval kan het statistisch significant afwijken (vooral) worden veroorzaakt door een statistisch artefact.¹² Ook moet men zich bij de interpretatie blijven realiseren dat de tussen netwerk variantie veelal niet significant geschat kon worden, en de ICC voor veel uitkomsten laag en de invloed van het netwerk op patiëntervaringen dus over het algemeen beperkt is. Een duidelijke uitzondering hierop is de schaal “bereikbaarheid/bejegening door medewerkers” bij de huisarts. Verder valt op dat over het algemeen de global ratings slecht lijken te discrimineren en dat het dus nuttiger lijkt om naar specifieke ervaringen de vragen.

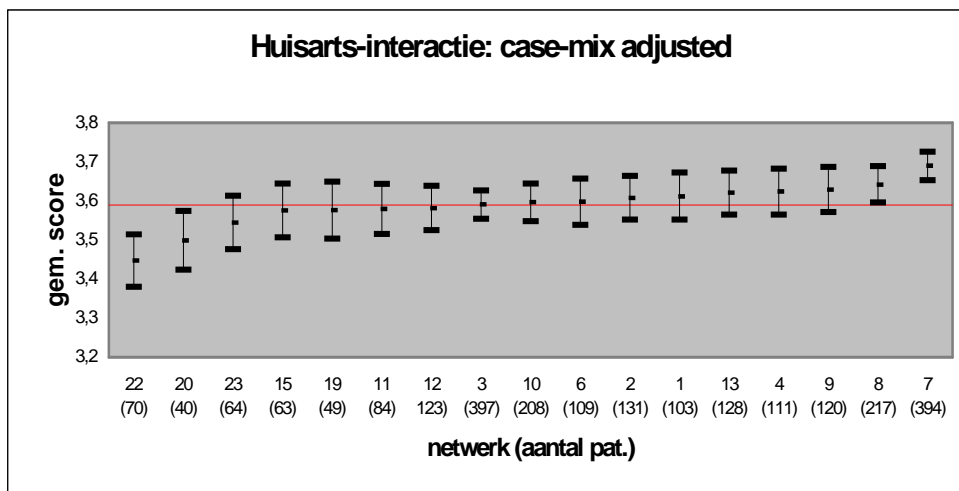
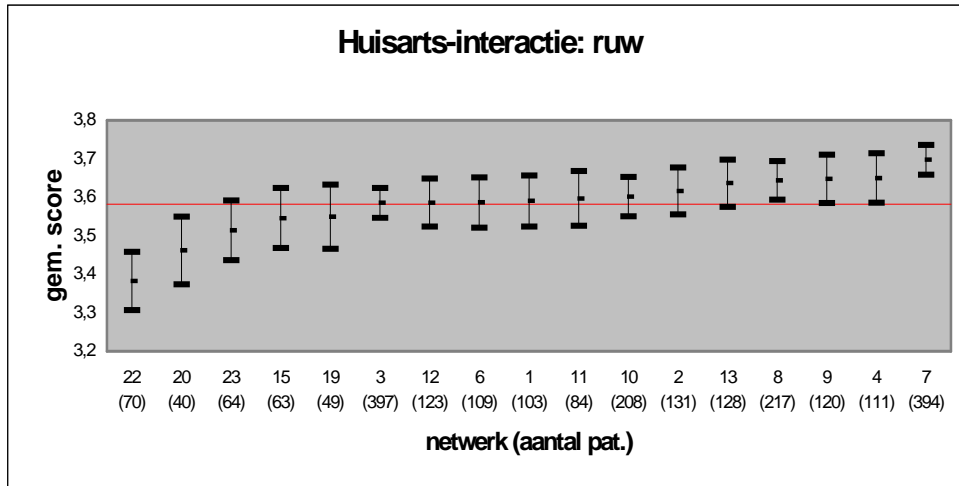
De invloed van case-mix adjustment op de gemiddelde scores bleek over het algemeen vrij beperkt te zijn. De ranking van netwerken werd echter wel beïnvloed. Dit onderstreept het belang van case-mix adjustment voor benchmarking, hetgeen ook recentelijk is beschreven met betrekking tot case-mix adjustment voor de H-CAHPS (O’ Mally et al, 2005).

¹² Een gering aantal cases zal ertoe leiden dat het effect van dat netwerk sterk zal lijken op het overall effect. Kleine netwerken zullen alleen verschillen laten zien als het om grote verschillen gaat. Indien er zeer weinig cases in een netwerk zijn en deze wijken sterk af van de andere cases van de andere netwerken wordt dit als een sterk afwijkend netwerk gezien, maar dan is het maar de vraag of dit representatief is voor dit netwerk en of het netwerk inderdaad een echt afwijkend netwerk of dat het gaat om een toevalseffect gebaseerd op weinig afwijkende cases. Kleine netwerken zullen bijna altijd tot de middengroep behoren wat hun netwerk effect betreft, als gevolg van de geringe aantallen. Duiken ze toch op als een afwijkend netwerk dan moet men kritisch nagaan in de data het afwijken representatief of een artefact is.

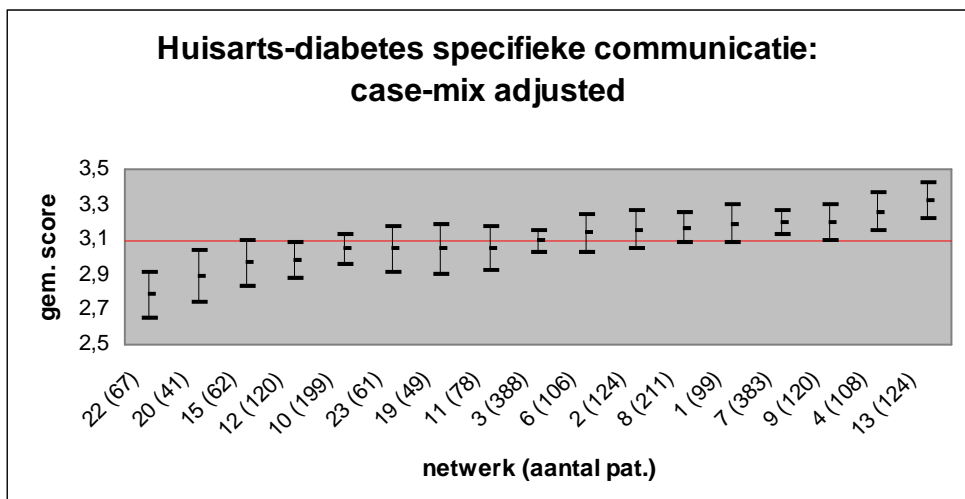
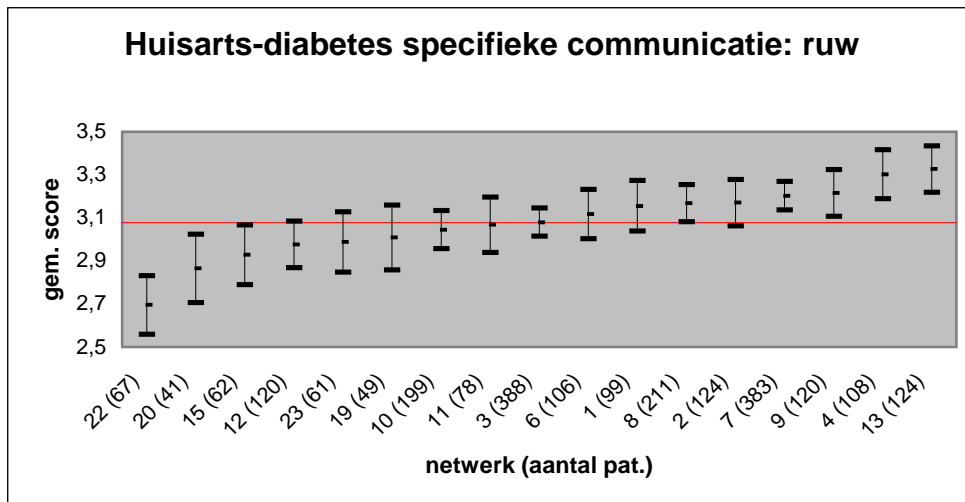
Figuren 3A-3F. Ruwe en “case-mix adjusted” schaalscores (latente variabelen)

A HUISARTS

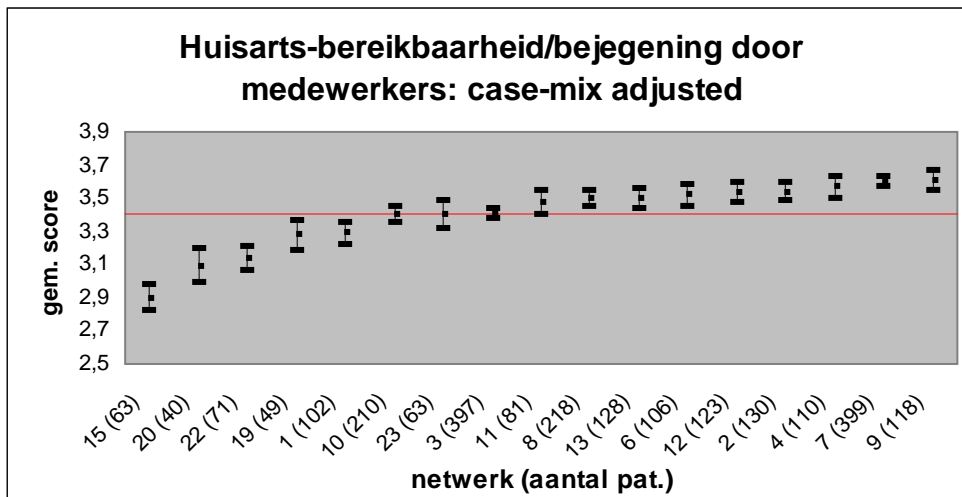
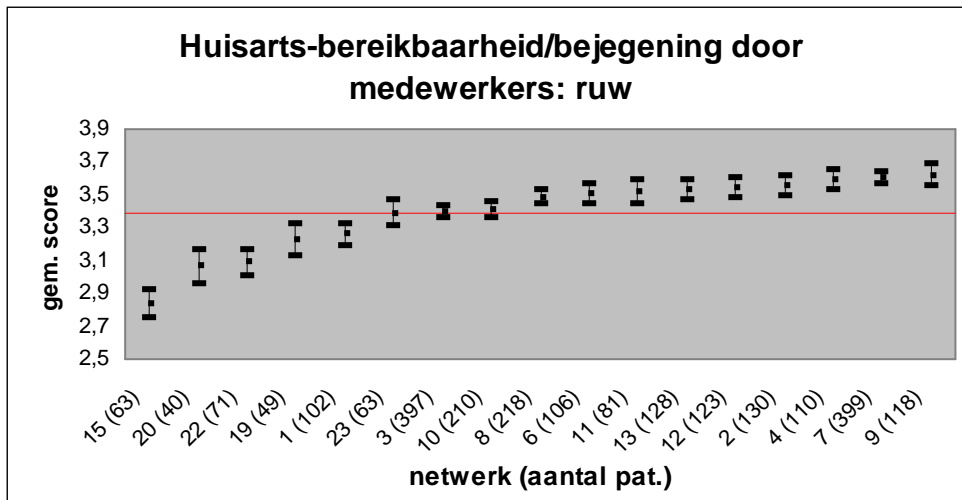
➤ Communicatie/Interactie



➤ **Diabetes-specifieke communicatie**



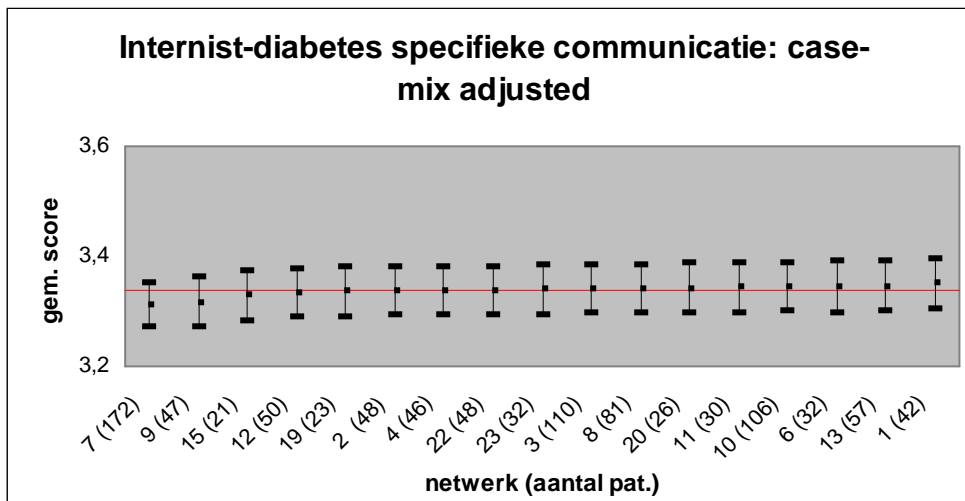
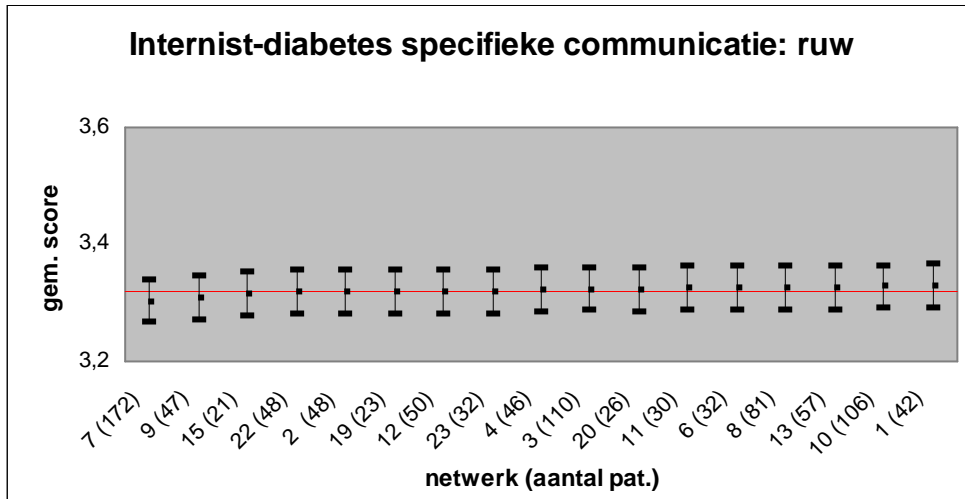
➤ **Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers**



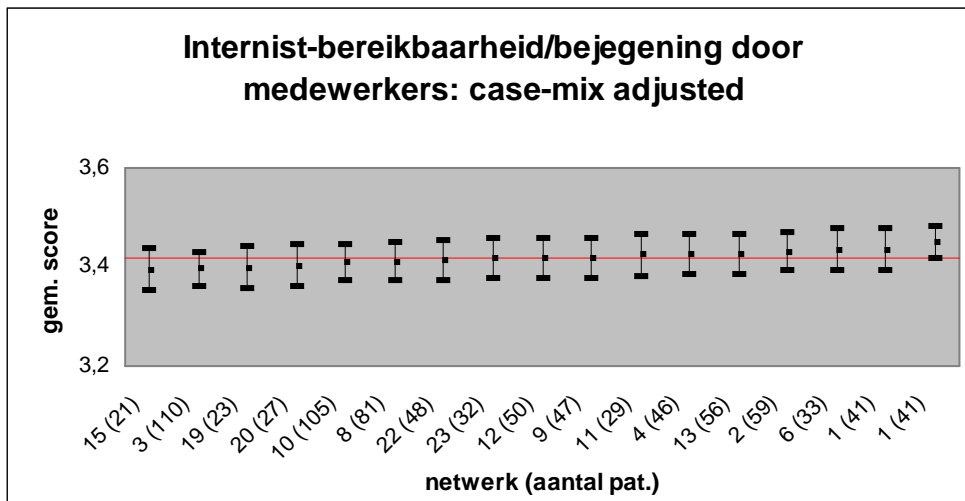
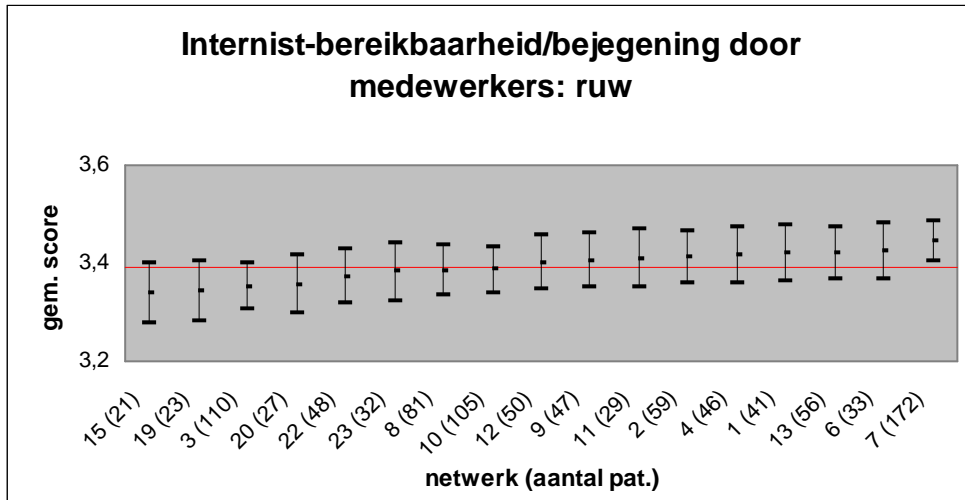
B INTERNIST

- **Communicatie/Interactie**
 - analyses statistisch niet mogelijk

- **Diabetes-specifieke communicatie**

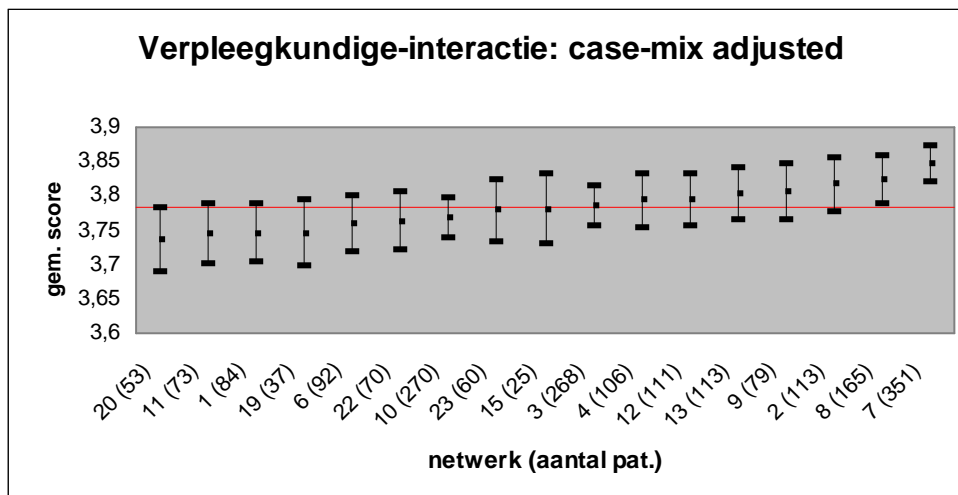
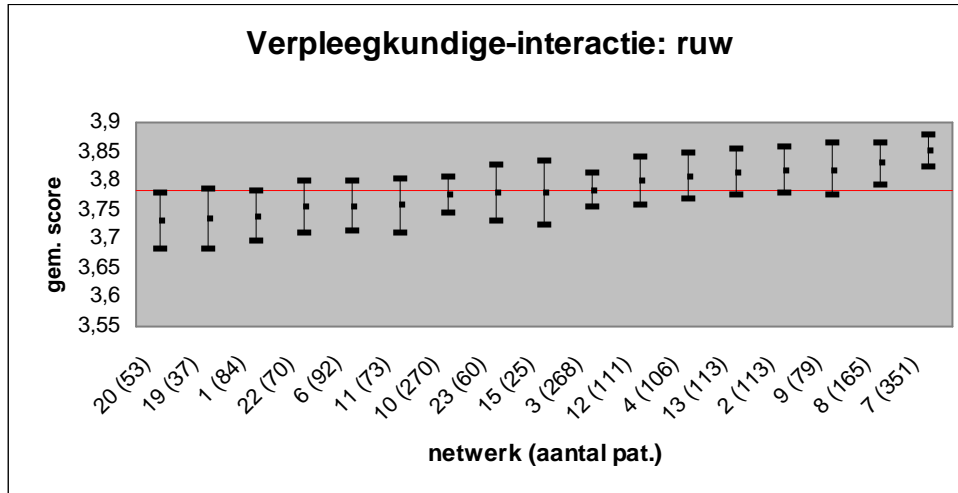


➤ Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers

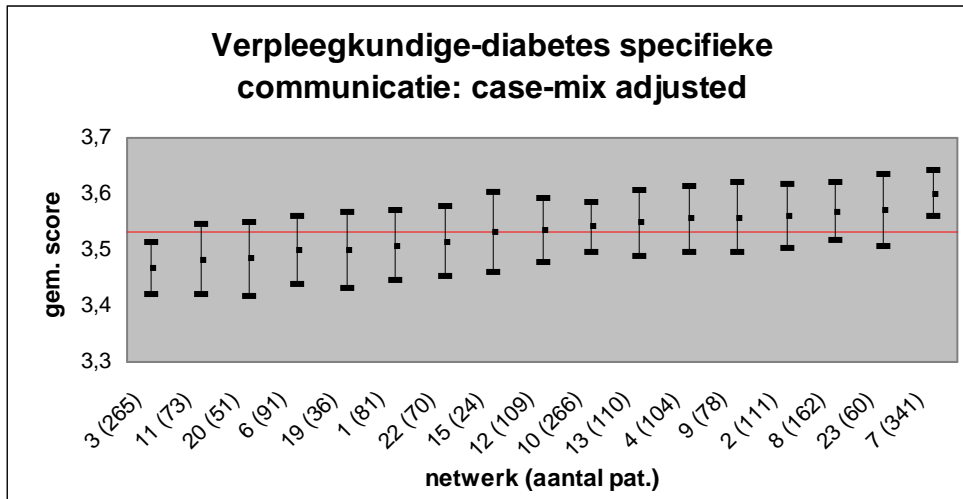
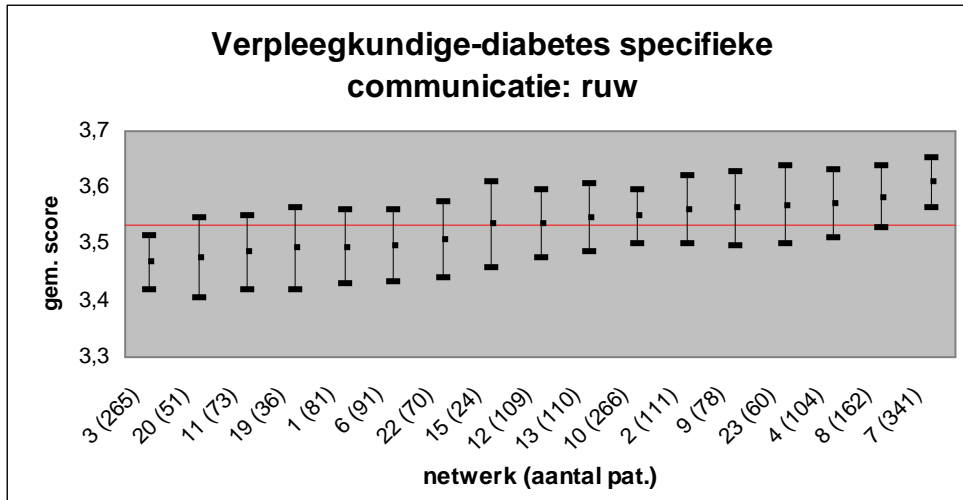


C VERPLEEGKUNDIGE

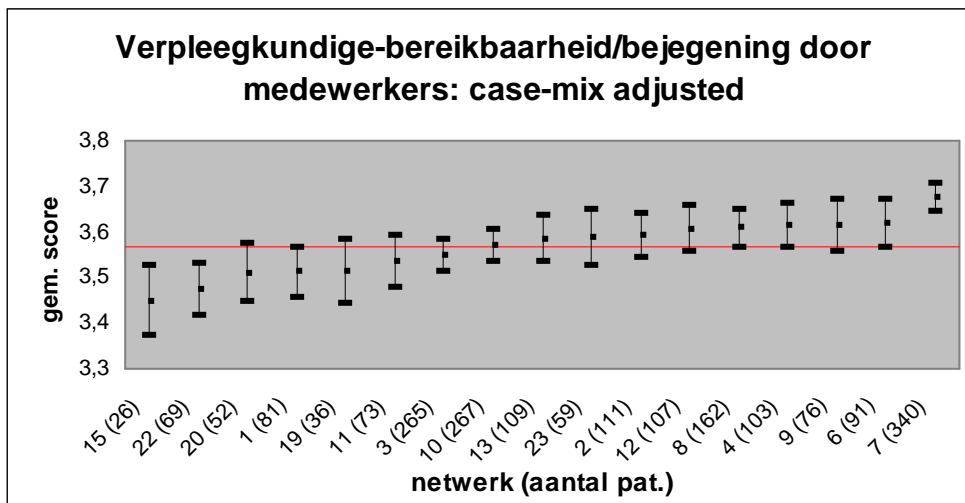
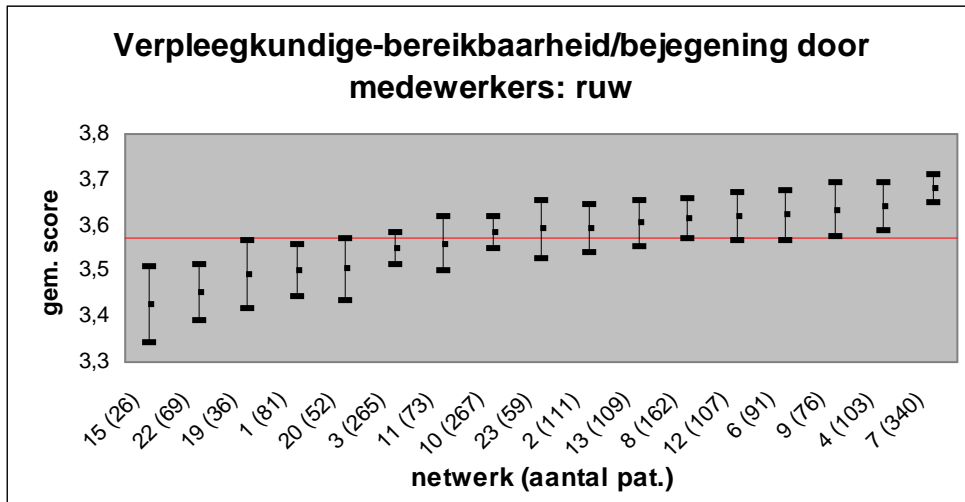
➤ Communicatie/Interactie



➤ **Diabetes-specifieke communicatie**

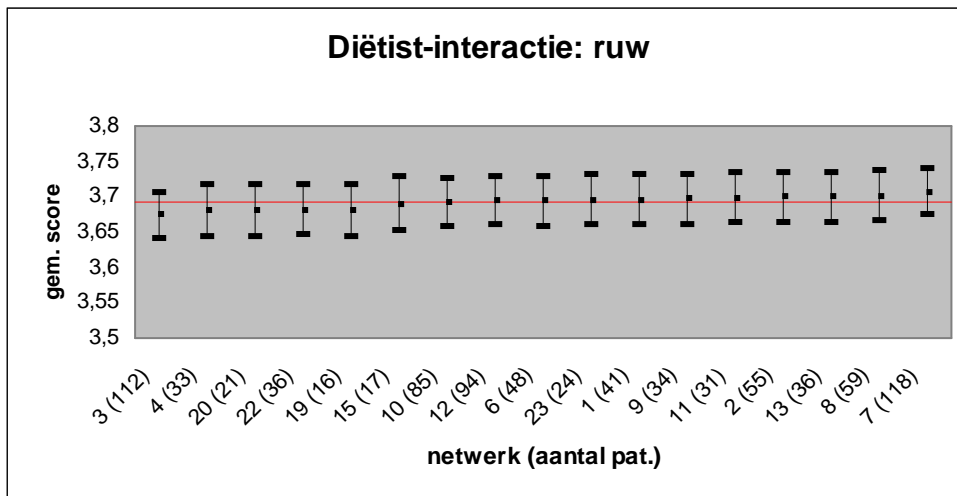


➤ **Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers**



D DIETIST

➤ Communicatie/Interactie

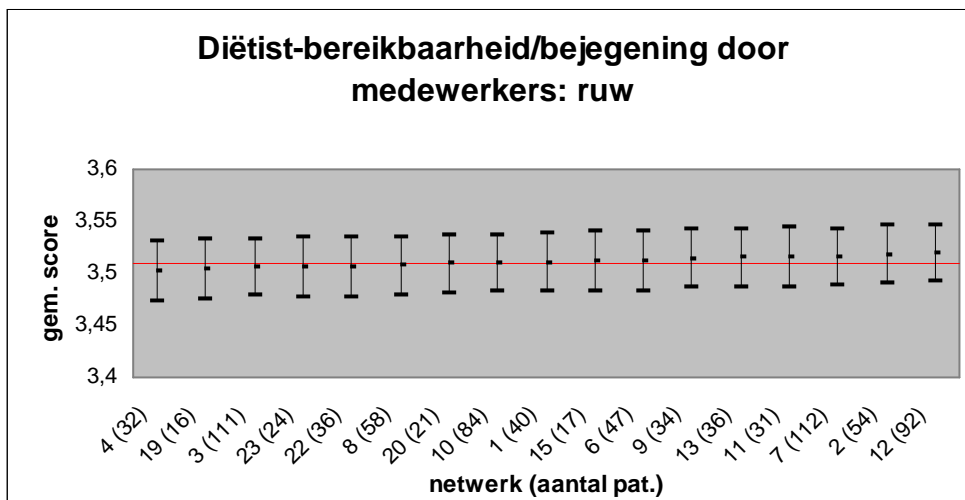


- analyse case-mix adjusted statistisch niet mogelijk

➤ Diabetes-specifieke communicatie

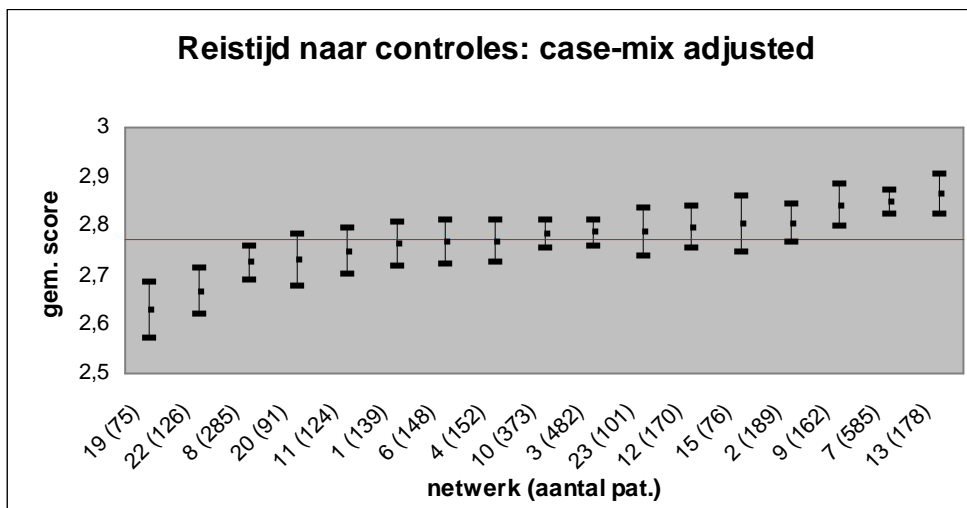
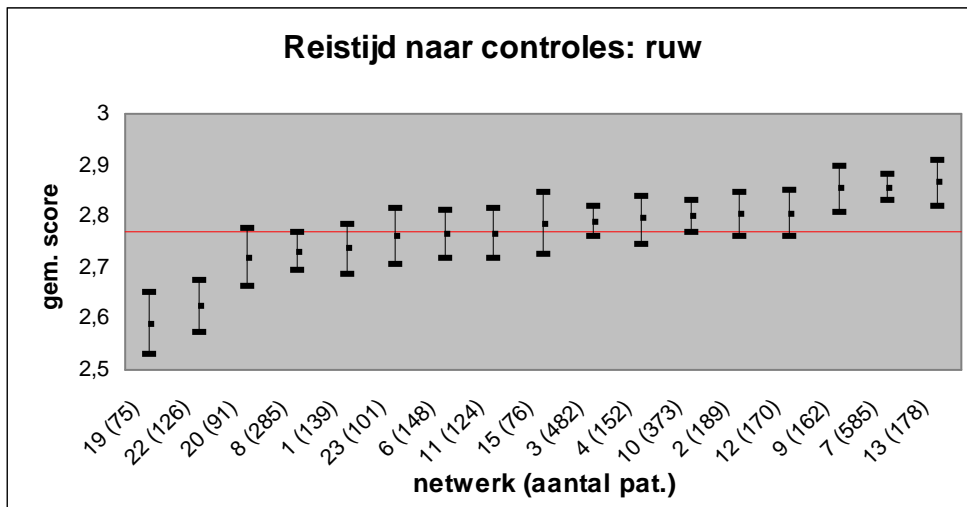
- analyses statistisch niet mogelijk

➤ Bereikbaarheid en bejegening door medewerkers



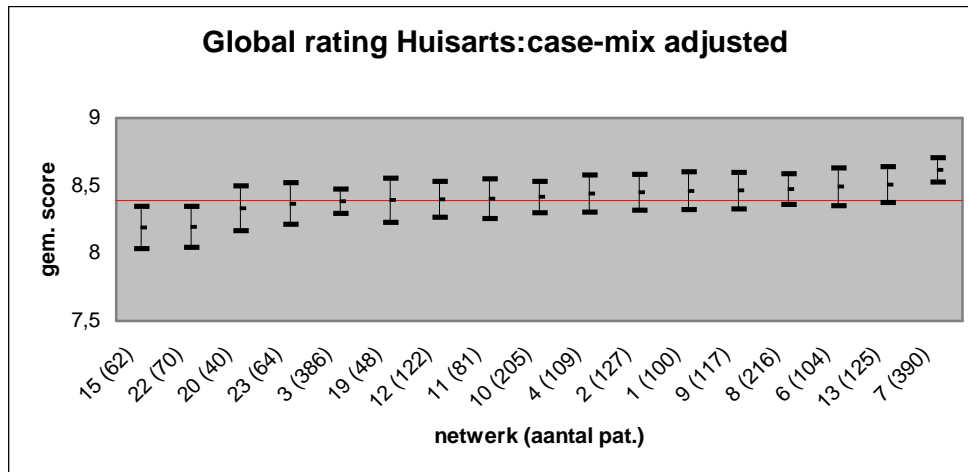
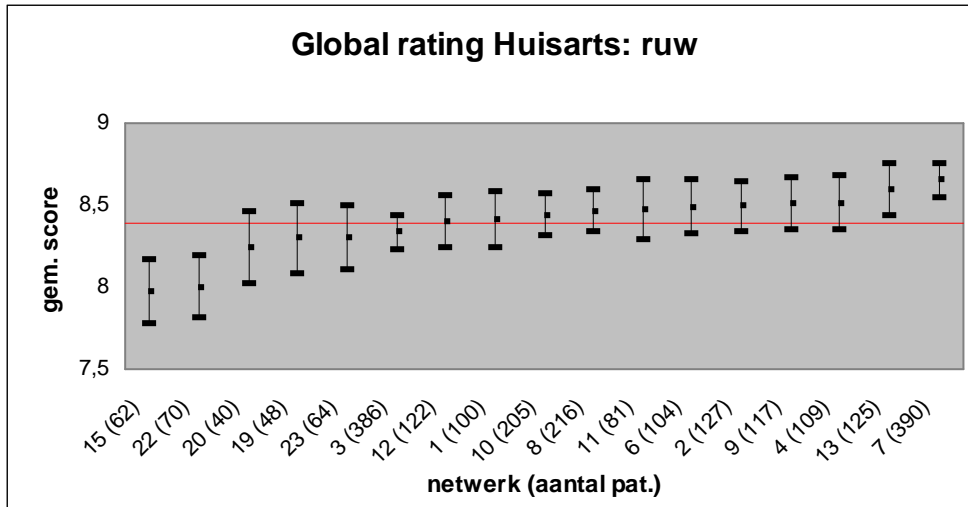
- analyse case-mix adjusted statistisch niet mogelijk

E REISTIJD NAAR CONTROLES



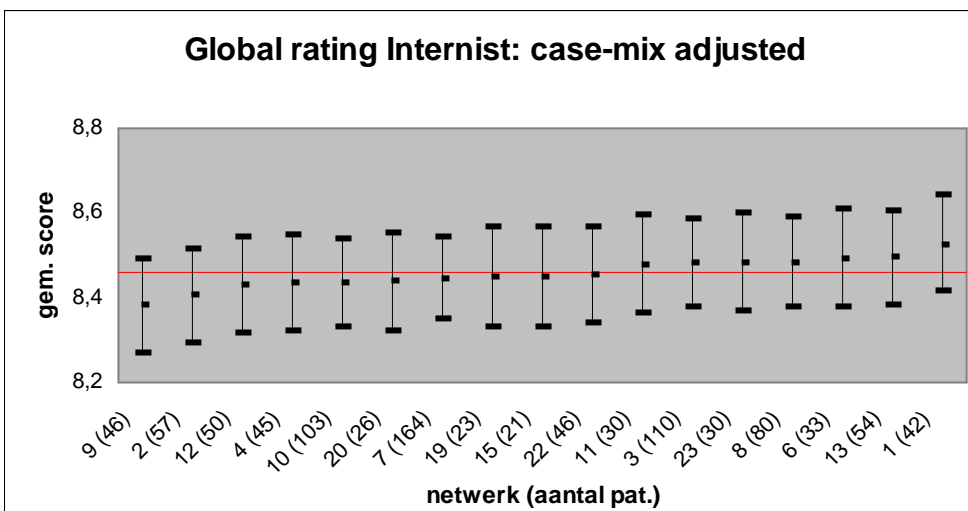
F GLOBAL RATINGS

➤ Huisarts

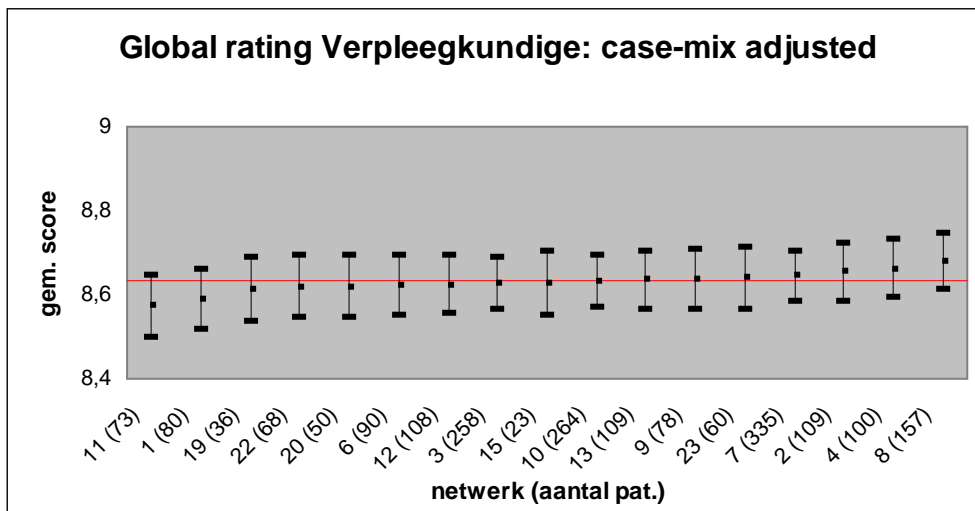
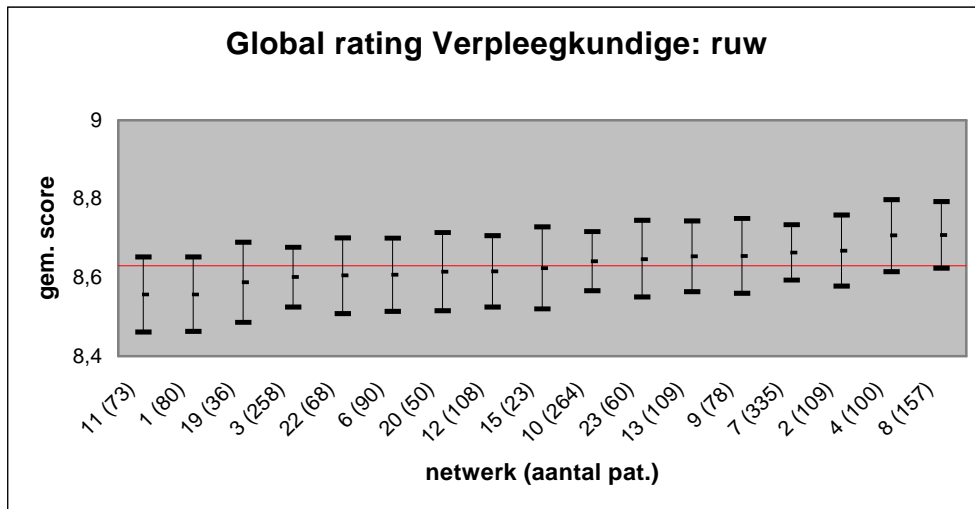


➤ Internist

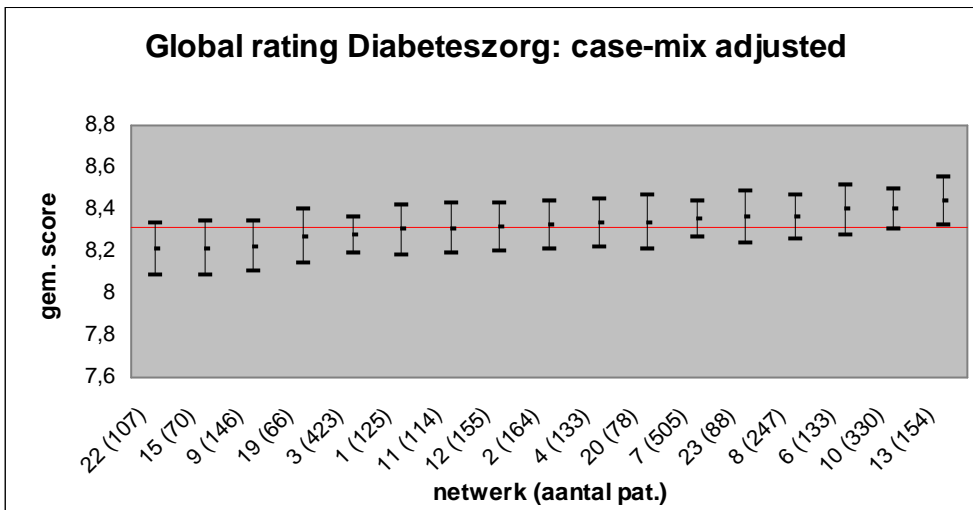
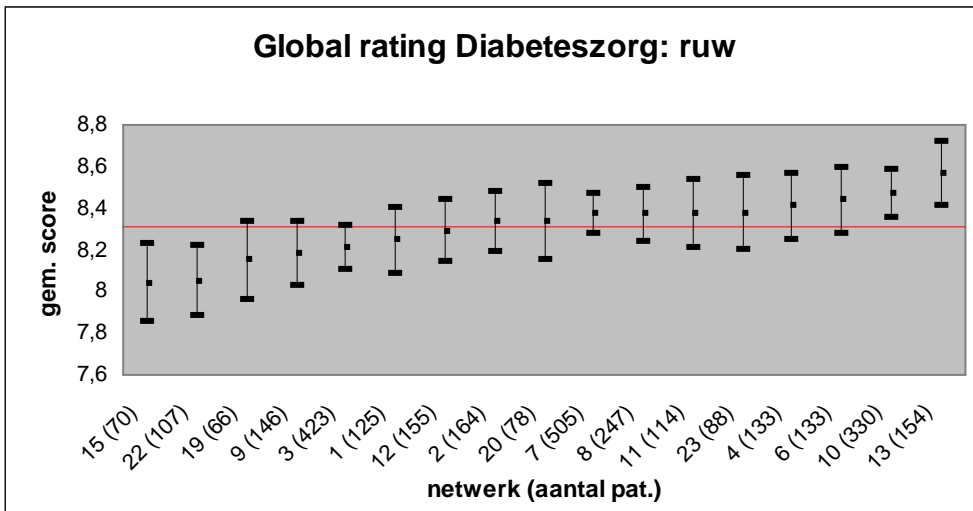
- analyse ruw statistisch niet mogelijk



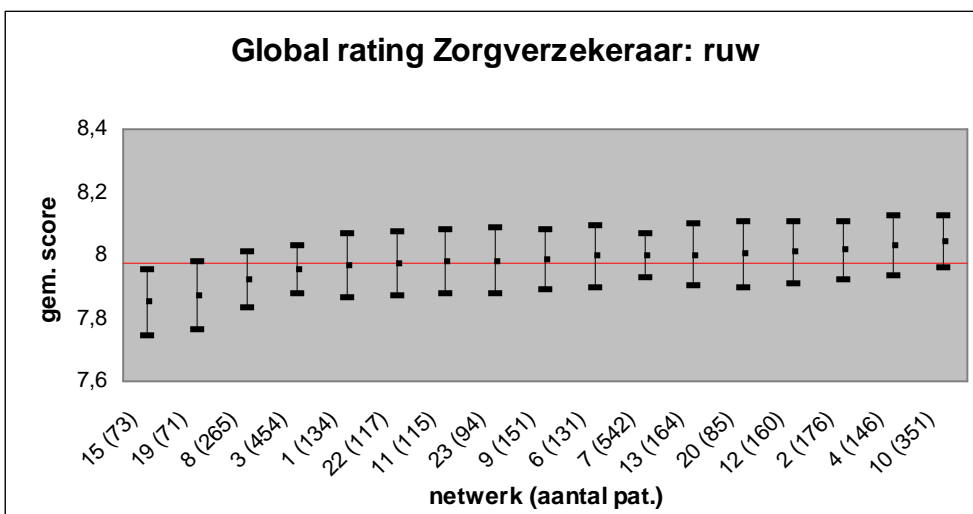
➤ Verpleegkundige



➤ **Diabeteszorg**



➤ **Zorgverzekeraar**



- analyse case-mix adjusted statistisch niet mogelijk

9.5. Conclusie discriminerend vermogen

Samenvattend kan worden vastgesteld dat in dit onderzoek de Ervaringenlijst Diabetes maar beperkt in staat lijkt om te discrimineren tussen netwerken. Vervolgonderzoek is wenselijk.

Over het algemeen is de invloed van de netwerken op de ervaringen van patiënten vrij beperkt. Een uitzondering is de schaal “bereikbaarheid/bejegening door medewerkers”, vooral bij de huisarts. Over het algemeen wordt door case-mix adjustment de ICC lager, dat wil zeggen dat de invloed van een netwerk op de ervaringen minder wordt.

Lang niet voor alle aspecten bleek uiteindelijk onderzoek naar het discriminerend vermogen mogelijk omdat variantie tussen netwerken statistisch niet kon worden gemeten (onder andere doordat er te weinig waarnemingen waren).

De global ratings discrimineren niet tot matig, hetgeen wederom het belang benadrukt om naar ervaringen op specifieke aspecten te vragen.

Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met de samenstelling van de steekproef. Ten tijde van de steekproeftrekking was de indeling van netwerken deels vooral nog een administratieve indeling met als gevolg dat de variantie binnen netwerken mogelijk net zo groot is als tussen netwerken.

Er wordt dan ook uitdrukkelijk gewezen op de kans op vertekende resultaten (als gevolg van een mogelijke “appels met peren vergelijking”). Het verdient aanbeveling om een soortgelijke meting te herhalen als netwerken meer gevestigd zijn in hun structuur. Gebruik op landelijk niveau vergt een duidelijke definitie van een diabetesnetwerk en strikte regels omtrent steekproeftrekking.

In de tussentijd dienen de huidige beperkingen in acht te worden genomen bij gebruik van de resultaten ten behoeve van keuze-informatie voor consumenten en patiënten en zorginkoop-informatie voor verzekeraars.

10 Hangen de (verschillen in) ervaringen samen met de organisatie van de diabeteszorg?

Om inzicht te krijgen in de vraag of de organisatie van de diabeteszorg van invloed is op de ervaringen van patiënten met de zorg werden interviews gehouden met vertegenwoordigers van de verschillende netwerken. De informatie van deze interviews werd voor de volgende doeleinden gebruikt:

- kwalitatieve beschrijving diabeteszorg per netwerk (zie hoofdstuk 4)
- onderzoeken of de (verschillen in) ervaringen samenhangen met de organisatie van de diabeteszorg
 - voorspelling welk(e) netwerk(en) naar verwachting het best door patiënten worden ervaren
 - het creëren van een “organisatievariabele” om de invloed van het organisatieniveau op patiëntervaringen in multi-level analyses te onderzoeken

10.1. De invloed van het organisatieniveau op de patiëntervaringen.

Zoals uit de kwalitatieve beschrijving (hoofdstuk 4) duidelijk is geworden gaat het op het moment dat dit onderzoek werd uitgevoerd bij de netwerken nog veelal meer om een administratief netwerk dan dat er in de praktijk al sprake is van een daadwerkelijke eenheid. Veel netwerken zijn ten tijde van dit onderzoek volop bezig met reorganisatie, herstructurering en/of het (voorbereiden van) het invoeren van het Diagis-contract. De netwerken 3, 7, 8 en 10 hadden ten tijde van de steekproeftrekking sinds enkele maanden een Diagis-contract met Agis Zorgverzekeringen gesloten.

Gebaseerd op de kwalitatieve omschrijving van de netwerken zou kunnen worden verwacht dat netwerk 3 het beste zou scoren. Dit netwerk is het verst in zijn organisatie en werkt met strak geprotocolleerde ketenzorg. Uit figuur 3 blijkt echter dat dit netwerk voor wat betreft de meeste uitkomsten in de middengroep beland. Verder laat figuur 3 zien dat netwerken 7 en 13 herhaaldelijk met een betrouwbaarheidsinterval boven de lijn liggen; de kwalitatieve interviews geven daarvoor op organisatieniveau wel deels – maar lang niet op alle aspecten – aanwijzingen. Zo werkt netwerk 7 wel met een database en gebruikt deze ook om de zorg te monitoren en bij te sturen, maar prestatie-indicatoren worden niet gebruikt; netwerk 13 is bezig met het opzetten van een database.

Op basis van de kwalitatieve beschrijving is voor de samenstelling van twee classificatievariabelen gekozen: de ene is meer gebaseerd op informatie omtrent functieverdelingen en organisatie van de zorg (A), de andere vooral op informatie omtrent

het proces van het monitoren en het bijsturen van de zorg binnen een netwerk (B). Maar gezien de eerder besproken beperkingen mag het duidelijk zijn dat deze indelingen meer als een indicatie dan wel een echte classificatie moeten worden gezien.

Bij variabele A ("organi") wordt een onderscheid gemaakt tussen netwerken waarbij de diabeteszorg alleen verricht wordt door de huisarts (9), netwerken zonder strak geprotocolleerde ketenzorg met de huisarts en/of praktijkondersteuner als kern van het diabetesteam (1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 22, 23), netwerken die de diabeteszorg hebben uitbesteed aan het ATAL (19) en netwerken met een strak geprotocolleerde ketenzorg (3). De indeling met variabele B ("prestat") leidt tot een classificatie met als uitersten netwerken die helemaal geen database gebruiken (2, 6, 12) en netwerken die systematisch gebruik maken van databases en deels ook al prestatie-indicatoren (3, 7, 23); verder is er één netwerk (9) waarbij uitvoering en sturing alleen in handen van de huisarts ligt en een grote groep netwerken (1, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 19, 22) die wel een database hebben of opzetten, maar deze nog niet concreet gebruiken om het zorgproces te monitoren en/of bij te sturen.

In eerste instantie is gekeken naar de correlaties tussen deze twee variabelen en de schaalscores. Deze bleken laag te zijn (zie appendix, bijlage 4, Tabel 15).

Vervolgens is in oriënterende multi-level analyses het organisatieniveau (separaat voor de twee indelingen) als eigenschap van de netwerken toegevoegd en gekeken of er een statistisch significant effect voor de twee indelingen kon worden vastgesteld.

Met betrekking tot verschillende uitkomsten lijkt er sprake te zijn van een statistisch significant effect van variabele A en/of B (tabel 13), maar voor de meerderheid van de analyses geldt dat de tussen netwerk variantie niet kon worden vastgesteld (ICC=0). Voor de schalen "reistijd naar controles" en de schaal "verpleegkundige: interactie", geldt deze beperking niet en kunnen de resultaten erop wijzen dat het organisatieniveau mogelijk samenhangt met de ervaringen van patiënten.

Gezien de eerder besproken beperkingen met betrekking tot de netwerkstructuur en het organisatieniveau lijkt het op dit moment echter niet zinvol om op basis van deze oriënterende analyses harde uitspraken te doen over de invloed van het organisatieniveau op patiëntervaringen. Het wordt aanbevolen om een soortgelijke analyse te herhalen als de netwerkstructuur en de organisatie van de diabeteszorg per netwerk duidelijker zijn omschreven en toegepast.

Tabel 13. Aanwijzingen voor een statistisch significant effect van het organisatieniveau op de ervaringen van patiënten (resultaten van oriënterende multilevel-analyses (adjusted))

	PRESTAT organisatieniveau monitoren/aansturen	ORGANI organisatieniveau
DIABETESZORG: WELK CIJFER GEEFT U?	+ *	+ *
ZORGVERZEKERAAR: WELK CIJFER GEEFT U	- *	- *
REISCON gemiddelde schaalscore problemen reistijd voor controles	+	+
RHAINTER gemiddelde schaalscore HA-patient interactie	-	-
RHADIACO gemiddelde schaalscore HA-diabetes specifieke communicatie	-	-
RHABEREI gemiddelde schaalscore HA-bereikbaarheid/bejegening	-	-
VR024 HA global rating	-	-
RININTER gemiddelde schaalscore IN-patient interactie	+ *	+ *
RINDIACO gemiddelde schaalscore IN-diabetes specifieke communicatie	+ *	-
RINBEREI gemiddelde schaalscore IN-bereikbaarheid/bejegening	- *	- *
VR046 IN global rating	+ *	+ *
RVPINTER gemiddelde schaalscore VP-patient interactie	-	+
RVPDIACO gemiddelde schaalscore VP-diabetes specifieke communicatie	-	-
RVPBEREI gemiddelde schaalscore VP-bereikbaarheid/bejegening	-	-
VR068 VP global rating	-	-
RDTINTER gemiddelde schaalscore DT-patient interactie	- *	+ *
RDTDIACO gemiddelde schaalscore DT-diabetes specifieke communicatie	- *	- *
RDTBEREI gemiddelde schaalscore DT-bereikbaarheid/bejegening	-	(+)
VR088 DT global rating	- *	- *

+ betekent aanwijzingen voor statistisch significant effect

- betekent geen aanwijzingen voor statistisch significant effect

* toetsen op variantie tussen netwerken niet mogelijk; ICC=0

11 Key Findings/Conclusies/Aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek naar het discriminerend onderzoek van de Ervaringenvragenlijst Diabetes zijn matig positief. Alhoewel er aanwijzingen zijn dat met de lijst verschillen tussen netwerken kunnen worden aangetoond, moet worden geconcludeerd dat de Ervaringenvragenlijst Diabetes tot nu toe maar beperkt in staat lijkt om te discrimineren tussen netwerken. Gezien de middels de kwalitatieve interviews in kaart gebrachte diversiteit zowel tussen netwerken als ook binnen netwerken is het echter belangrijk om zich te blijven realiseren dat de iets tegenvallende resultaten maar ten dele te maken zullen hebben met de kwaliteit van de vragenlijst. Ten tijde van de steekproeftrekking was de indeling van netwerken deels vooral nog een administratieve indeling met als gevolg dat de variantie binnen netwerken mogelijk net zo groot is als tussen netwerken.

Het verdient aanbeveling om de vragenlijst op een aantal punten aan te passen en de meting te herhalen als diabetesnetwerken een duidelijkere netwerkstructuur opwijzen.

Hieronder volgt een samenvatting van de meest belangrijke bevindingen en conclusies en worden enkele aanbevelingen gedaan.

- De overall netto respons was 58.1%.

- Het wordt aanbevolen om de vragenlijst in te korten.
Hiervoor kan worden overwogen om de diëtiste en/of de internist (indien het uitsluitend gaat om Type-2 diabetes) als modules te zien die eventueel niet afgenomen worden.
De deels relatief hoge inter-item correlaties binnen de drie schalen per hulpverlener kunnen aanwijzingen zijn dat er eventueel beter met minder items per schaal zou kunnen worden volstaan. Deze informatie kan worden gebruikt als aanwijzing welke items mogelijk in aanmerking zouden kunnen komen voor verwijdering in een volgende versie van de vragenlijst. Voor de *huisarts* gaat het om de items: serieus genomen - luisterde met aandacht; respect voor wat u te zeggen had - luisterde met aandacht; besteedde voldoende tijd aan u - luisterde met aandacht; besteedde voldoende aandacht aan u - respect voor wat u te zeggen had; goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - goede diabetes voorlichting; goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - bespreking huidige behandeling optimaal. Voor de *internist* gaat het om de items: serieus genomen - luisterde met aandacht; respect voor wat u te zeggen had - luisterde met aandacht; besteedde voldoende tijd aan u - luisterde met aandacht; besteedde

voldoende aandacht aan u- respect voor wat u te zeggen had; goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - goede diabetes voorlichting. Voor de *verpleegkundige* gaat het om de items: goede begeleiding dagelijkse omgang diabetes - goede diabetes voorlichting. Voor de *diëtist* gaat het om de items: serieus genomen - respect voor wat u te zeggen had; besteedde voldoende aandacht aan u - respect voor wat u te zeggen had; locatiemedewerkers met beleefdheid en respect – locatiemedewerkers behulpzaam.

Gehoopt werd dat de multilevel-analyses meer duidelijkheid zouden geven over welke items goed en welke items mogelijk minder goed discrimineren op netwerk niveau. Helaas bleek het echter niet mogelijk om hierover betrouwbare uitspraken te doen omdat er hiervoor toch te weinig waarnemingen (aantal netwerken of aantal waarnemingen per netwerk) bleken te zijn en/of omdat de verschillen tussen netwerken niet groot genoeg waren.

Indien items worden weggelaten dient men ermee rekening te houden dat het zeer wenselijk is om de schalen voor de verschillende hulpverlener identiek en vergelijkbaar te houden en dat de vergelijkbaarheid met andere CAHPS/QUOTE-vragenlijsten gehandhaafd blijft.

- Op het moment dat netwerken structureel werken met databases stelt zich de vraag of puur medische informatie en informatie over controles (wel/niet volgens protocol plaats gevonden) en complicaties (wel/niet aanwezig) uit deze registraties eventueel aan de ervaringenlijst gekoppeld zou kunnen worden (waardoor de lijst korter zou worden). Dit zou echter niet ten koste mogen gaan van vragen naar ervaringen met de zorg.

- Factor- en betrouwbaarheidsanalyses onder 17 netwerken laten grote overeenkomsten zien met de eerder vastgestelde schaalindeling. Er kunnen per hulpverlener drie identieke schalen worden geformuleerd, te weten “communicatie/interactie hulpverlener-patient”, “diabetes-specifieke communicatie”, “bereikbaarheid en bejegening door medewerkers”. Verder kan er een schaal “reistijd naar controles” worden geformuleerd. Daarnaast zijn er global ratings per hulpverlener, en een algemeen oordeel over de diabeteszorg en de zorgverzekeraar.

- Analyses met betrekking tot het discriminerend vermogen werden uitgevoerd met betrekking tot de drie schalen en de algemene oordelen per hulpverlener, het algemene oordeel over de diabeteszorg en de zorgverzekeraar en de schaal over reistijd naar controles. Het percentage van de gevonden verschillen in

patiëntervaringen dat daadwerkelijk is toe te schrijven aan verschillen tussen netwerken (ICC) is over het algemeen vrij beperkt en kan lang niet altijd significant worden geschat. Het moet expliciet als beperking van het onderzoek worden vermeld dat vooral met betrekking tot de internist en de diëtiste de analyses naar het discriminerend vermogen voor veel uitkomsten statistisch helemaal niet konden worden uitgevoerd.

De schaal "Huisarts:bereikbaarheid en bejegening door medewerkers" heeft met afstand de hoogste ICC (17.94%). Dit betekent dat het netwerk wel degelijk invloed heeft op deze aspecten van de kwaliteit van zorg.

- Het is waarschijnlijk dat de beperkingen ten opzichte van de analyses naar het discriminerend vermogen (zoals het niet significant kunnen schatten van de ICC of het zelfs helemaal niet kunnen schatten van de tussen netwerk variantie en de daarmee verbonden onmogelijkheid van verdere statistische toetsing) onder andere samen hangen met het relatief kleine aantal netwerken (n=17) in combinatie met een relatief laag aantal patiënten per hulpverlener. Vooral met betrekking tot internist en diëtiste is het zeer waarschijnlijk dat de kleine aantallen patiënten een rol hebben gespeeld.
- In dit onderzoek heeft de steekproeftrekking uitsluitend op netwerkniveau plaatsgevonden en is geen rekening gehouden met het aantal patiënten dat een bepaalde hulpverlener ziet. Gegeven de ervaringen van dit onderzoek verdient het vooral ten opzichte van de internist en de diëtist (zeker indien over deze hulpverleners expliciet informatie is gewenst) aanbeveling om bij het trekken van de steekproef rekening te houden met het aantal patiënten per netwerk dat deze hulpverleners bezoekt (mogelijk via een getrapte steekproef (per hulpverleners binnen een netwerk)).
- Met de beperkte invloed van de netwerken op verschillen in patiëntervaringen moet rekening worden gehouden bij de interpretatie van het vermogen van de lijst om tussen netwerken te kunnen onderscheiden.
- Resultaten van onderzoek naar ervaringen kunnen samenhangen met patiëntkenmerken. Voor de Ervaringenlijst Diabetes betekent dit concreet dat bij de vergelijking van netwerken gecorrigeerd moet worden voor algemene gezondheid, leeftijd en opleiding. Daarbij verdient het aanbeveling om expliciet te vermelden dat voor taal en etniciteit bewust niet wordt gecorrigeerd maar dat de effecten van taal en

etniciteit op patiëntervaringen apart worden weergegeven als resultaten van diepteanalyses.

In dit rapport zijn algemene gezondheid, leeftijd en opleiding gebruikt als lineaire, gecentreerde correctievariabelen. Vooralsnog bleek de invloed van deze correctievariabelen op het overall gemiddelde beperkt te zijn, maar wel de ranking van netwerken te beïnvloeden.

- Momenteel lijkt een externe (landelijke) vergelijking van diabetes netwerken / zorgaanbieders met de Ervaringenlijst Diabetes gezien de grote heterogeniteit (zowel tussen als binnen netwerken) en de veelal nog onduidelijke structuur en organisatie van de verschillende netwerken nog niet wenselijk omdat de kans op vertekende resultaten in grote mate aanwezig is.

De lijst biedt echter wel alvast de mogelijkheid tot netwerkinterne beschouwing van de verschillende kwaliteitsaspecten als impuls voor kwaliteitsverbetering binnen een netwerk. Ook de informatie afkomstig van vragen over controles en complicaties kunnen als impuls voor kwaliteitsverbetering worden benut, mogelijk vooral in netwerken die nog geen gebruik maken van eigen databases voor monitoring en bijsturing.

Tot slot, samenvattend kan worden vastgesteld dat in dit onderzoek de Ervaringenlijst Diabetes maar beperkt in staat is om te discrimineren tussen netwerken. Vervolgonderzoek is dus zeker wenselijk.

Een aanbeveling is om de lijst op een aantal punten aan te passen en pas landelijk (voor benchmarking) in te zetten als de structuur van diabetesnetwerken duidelijker is uitgekristalliseerd.

In de tussentijd dienen de huidige beperkingen in acht te worden genomen bij gebruik van de resultaten ten behoeve van keuze-informatie voor consumenten en patiënten en zorginkoop-informatie voor verzekeraars.

Literatuurlijst

Ervaringen van Agis-verzekerden met de zorg: Pilotstudie naar mogelijkheden voor implementatie van CAHPS[®] in de Nederlandse Gezondheidszorg. Validatierapport. Amsterdam/Utrecht/Amersfoort: AMC/UvA/NIVEL/Agis Zorgverzekeringen, 2004

Arah OA, ten Asbroek AH, Delnoij DM, de Koning JS, Stam PJ, Poll AH, Vriens B, Schmidt PF, Klazinga NS. Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey[®] instrument. *Health Serv Res.* 2006 Feb;41(1):284-301.

Asbroek ten G, Delnoij D, Arah O, Sixma H, Koning de J, Rupp I, Poll A, Stam PJA, Vriens B, Klazinga N. Measuring patient experiences with diabetes care in the Netherlands: the validity of a new survey instrument. 13th European Public Health Association (EUPHA) Annual Meeting 2005. *Eur J Public Health* 2005;15 supplement 1: 159S

The CAHPS[®] II Investigators and the Agency of Healthcare Research and Quality. HCAHPS Three-State Pilot Study Analysis Results. Rockville, MD: AHRQ, December 22; 2003

Delnoij D, Ten Asbroek G, Onyebuchi A., De Koning J, & Klazinga N. Validering van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire. Utrecht: NIVEL, 2005.

Delnoij D, Ten Asbroek G, Arah O, De Koning J, Stam P, Poll A, et al. Made in the USA: The import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system. *European Journal of Public Health*, 2006 Mar 8; [Epub ahead of print]

Elliott MN, Swartz R, Adams J, Spritzer KL, Hays RD. Case-mix adjustment of the National CAHPS benchmarking data 1.0: a violation of model assumptions? *Health Serv Res.* 2001 Jul;36(3):555-73.

Grol S, Kaag M. *Handboek ketenzorg diabetes mellitus type 2*. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2001.

Golstein H, Multilevel mixed linear model analysis using iterative generalized least squares. *Biometrika* 1986; 73: 43-56

Los E, Exter FMM. De competenties van de praktijkondersteuner: doen wat je kan, 2005. Via: www.boerhaaven.nl.

Harris-Kojetin L, Fowler FJ, Brown J, Schnaier J, Sweeny S. The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items. Consumer Assessment of Health Plans Study. *Medical Care*, 1999; 37: MS10-21.

Hays R, Shaul J, Williams V, Lubalin J, Harris-Kojetin L, Sweeny S, et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. Consumer Assessment of Health Plans Study. *Medical Care*, 1999; 37: MS22-31.

Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard voor goede diabeteszorg. Amersfoort: Federlandse Diabetes Federatie, 2003.

O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaboriski L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res.* 2005 Dec;40(6 Pt 2):2162-81.

Sixma, H., Kerssens, J., Van Campen, C., & Peters, L. Quality of care from the patients' perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998; 1; 82-95.

Struijs JN, Westert GP, Baan CA. *Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland*. Bilthoven: RIVM, 2004.

Zaslavsky A, Zaborski L, Lin Ding M, Shaul J, Cioffi M, Cleary P. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financing Review* 2001; 22: 109-126.

Zaslavsky A, Zaborski L, Cleary P. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study Survey. *Medical Care*, 2002; 40: 485-499.

Geraadpleegde internetpagina's:

www.nhg.artsennet.nl (NHG-standaard)

<http://www.nivel.nl/quote>.

<https://www.cahps.ahrq.gov>

Appendix

Bijlage 1

Ervaringenlijst Diabetes

De Ervaringenlijst Diabetes is eigendom van de Stichting Miletus. Niets uit deze lijst mag worden gekopieerd of gebruikt zonder expliciete en schriftelijke toestemming van de eigenaar.

Hierachter PDF vragenlijst specimen

Verzekerden Vragenlijst Volwassenen

Versie 2.0

bestemd voor volwassenen met diabetes

Deze vragenlijst is gebaseerd op de internationaal gebruikte CAHPS® vragenlijst en de QUOTE - diabetes vragenlijst en is ontwikkeld door de Afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam en het NIVEL in samenwerking met Agis Zorgverzekeringen



Alle informatie waardoor iemand u of uw familie zou kunnen herkennen wordt vertrouwelijk gehouden. Agis Zorgverzekeringen zal uw persoonsgegevens niet zonder uw toestemming met iemand delen. U kunt ervoor kiezen om deze vragenlijst in te vullen of niet. Als u ervoor kiest om het niet te doen, zet u dan in dit vakje een kruisje en stuurt u deze bladzijde terug in de antwoordenvelop. Dit heeft geen invloed op uw zorgverzekering. U ziet een nummer op de voorpagina van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te weten of u uw vragenlijst hebt teruggestuurd zodat we u geen herinneringen hoeven te sturen. De resultaten worden anoniem verwerkt.

Als u meer over dit onderzoek wilt weten, bel dan 0900-2021931.
Dit telefoonnummer kost 5 eurocent per minuut.

INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST

- ◆ Beantwoord alle vragen door een kruisje te zetten in het vakje dat links van uw antwoord staat.
- ◆ 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 bent u onder behandeling voor diabetes (suikerziekte). Is dat juist?

- 1 Ja -> Indien Ja: Ga naar vraag 2
- 2 Nee -> Indien Nee: Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn hem terug te sturen in de bijgevoegde enveloppe? Een postzegel is niet nodig.

DIABETESZORG

2. Naar welke zorgverleners gaat u voor geplande controles van uw diabetes (meerdere antwoorden mogelijk)?

- 1 Huisarts
- 2 Internist
- 3 Diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis
- 4 Gespecialiseerde verpleegkundige van de thuiszorg
- 5 Verpleegkundige van de Diabetesdienst van het Artsenlab
- 6 Praktijkverpleegkundige van de huisarts
- 7 Praktijkondersteuner van de huisarts
- 8 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

De volgende onderdelen van deze vragenlijst gaan over de huisarts, internist, verpleegkundige en diëtist met wie u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes te maken heeft gehad.

Misschien heeft u in die periode geen contact gehad met deze zorgverleners. In dat geval kunt u sommige vragen overslaan. Dat staat in de tekst aangegeven. Ook is het mogelijk dat u met bepaalde onderdelen geen ervaring heeft, u kunt deze dan overslaan.

DIABETESZORG VAN DE HUISARTS

3. Heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met een huisarts of huisartspraktijk?

- 1 Ja
- 2 Nee -> Indien Nee: Ga naar vraag 25

4. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met uw huisarts?

keer in de afgelopen 12 maanden

5. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts u serieus genomen?

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

6. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden luisterde de huisarts met aandacht naar u?

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

7. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden legde de huisarts dingen uit op een manier die u kon begrijpen?

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

8. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden toonde de huisarts respect voor wat u te zeggen had?

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

9. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden besteedde de huisarts voldoende tijd aan u?

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

10. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was het moeilijk voor u om te praten met de huisarts of hem/haar te begrijpen omdat u moeilijkheden heeft met de Nederlandse taal?

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



11. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts de zorg die aan u is verleend afgestemd op de zorg die u van andere zorgverleners kreeg?

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

12. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts informatie verteld die tegenstrijdig is met informatie van andere zorgverleners?

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

13. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts bij een geplande diabetescontrole uw bloedglucose-regulatie besproken?

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

14. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts goede voorlichting gegeven over diabetes?

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

15. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts goede begeleiding gegeven in de dagelijkse omgang met diabetes?

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

16. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts bij de geplande diabetescontrole besproken of de huidige behandeling voor u nog optimaal was?

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

17. Gebruikt u voor uw diabetes ook insuline?

- 1 Ja
- 2 Nee -> Indien Nee: Ga naar vraag 19

18. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw huisarts u goede begeleiding gegeven bij het doseren (en eventueel bij het aanpassen van de dosering) van insuline?

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

19. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden de reistijd naar uw huisarts een probleem voor u geweest?

- 1 Een groot probleem
- 2 Een klein probleem
- 3 Geen probleem

20. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was uw huisarts telefonisch goed bereikbaar?

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

21. Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer of onderzoekkamer van de huisarts?

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

22. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden behandelden de medewerkers van de huisartspraktijk u met beleefdheid en respect?

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

23. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden vond u de medewerkers van de huisartspraktijk net zo behulpzaam als volgens u zou moeten?

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

24. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke huisarts en 10 de best mogelijke huisarts is, zou u uw huisarts geven?

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

DIABETESZORG VAN DE INTERNIST

25. Mensen met diabetes kunnen onder behandeling zijn van een internist of één of meerdere keren per jaar bij een internist voor controle komen. Ook als mensen voor hun diabetes meestal onder behandeling van de huisarts zijn, kunnen zij incidenteel contact hebben met een internist.

Heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met één of meerdere internisten?

- 1 Ja
- 2 Nee -> Indien Nee: Ga naar vraag 47

26. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met uw internist?

keer in de afgelopen 12 maanden

27. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist u serieus genomen?

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

28. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden luisterde de internist met aandacht naar u?

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

29. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden legde de internist dingen uit op een manier die u kon begrijpen?

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

30. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden toonde de internist respect voor wat u te zeggen had?

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

31. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden besteedde de internist voldoende tijd aan u?

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

32. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was het moeilijk voor u om te praten met de internist of hem/haar te begrijpen omdat u moeilijkheden heeft met de Nederlandse taal?

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

33. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist de zorg die aan u is verleend afgestemd op de zorg die u van andere zorgverleners kreeg?

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



34. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist informatie verteld die tegenstrijdig is met informatie van andere zorgverleners?

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

35. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist bij een geplande diabetescontrole uw bloedglucose-regulatie besproken?

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

36. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist goede voorlichting over diabetes gegeven?

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

37. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist goede begeleiding gegeven in de dagelijkse omgang met diabetes?

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

38. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist bij de geplande diabetescontrole besproken of de huidige behandeling voor u nog optimaal was?

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

39. Gebruikt u voor uw diabetes ook insuline?

- 1 Ja
- 2 Nee --> Indien Nee: Ga naar vraag 41

40. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw internist u goede begeleiding gegeven bij het doseren (en eventueel bij het aanpassen van de dosering) van insuline?

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

41. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden de reistijd naar uw internist een probleem voor u geweest?

- 1 Een groot probleem
- 2 Een klein probleem
- 3 Geen probleem

42. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was uw internist telefonisch goed bereikbaar?

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

43. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden bent u binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer of onderzoekkamer van de internist?

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

44. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden behandelden de medewerkers van de polikliniek u met beleefdheid en respect?

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

45. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden vond u de medewerkers van de polikliniek net zo behelpzaam als volgens u zou moeten?

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

46. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke internist en 10 de best mogelijke internist is, zou u uw internist geven?

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

DIABETESZORG VAN EEN VERPLEEGKUNDIGE

47. Mensen met diabetes kunnen onder behandeling zijn van een verpleegkundige of één of meerdere keren per jaar bij een verpleegkundige voor controle komen.

Mocht u in plaats van een verpleegkundige een praktijkondersteuner zien, vult u dan deze vragen in voor uw praktijkondersteuner.

Heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met één of meerdere verpleegkundigen?

- 1 Ja
- 2 Nee -> Indien Nee: Ga naar vraag 69

48. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met een verpleegkundige?

keer in de afgelopen 12 maanden

49. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige u serieus genomen?

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

50. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden luisterde de verpleegkundige met aandacht naar u?

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

51. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden legde de verpleegkundige dingen uit op een manier die u kon begrijpen?

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

52. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden toonde de verpleegkundige respect voor wat u te zeggen had?

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

53. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden besteedde de verpleegkundige voldoende tijd aan u?

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

54. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was het moeilijk voor u om te praten met de verpleegkundige of hem/haar te begrijpen omdat u moeilijkheden heeft met de Nederlandse taal?

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

55. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige de zorg die aan u is verleend afgestemd op de zorg die u van andere zorgverleners kreeg?

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



56. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige informatie verteld die tegenstrijdig is met informatie van andere zorgverleners?

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

57. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige bij een geplande diabetes-controle uw bloedglucose-regulatie besproken?

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

58. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige goede voorlichting over diabetes gegeven?

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

59. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige goede begeleiding gegeven in de dagelijkse omgang met diabetes?

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

60. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige bij de geplande diabetes-controle besproken of de huidige behandeling voor u nog optimaal was?

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

61. Gebruikt u voor uw diabetes ook insuline?

- 1 Ja
- 2 Nee --> Indien Nee: Ga naar vraag 63

62. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw verpleegkundige u goede begeleiding gegeven bij het doseren (en eventueel bij het aanpassen van de dosering) van insuline?

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

63. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden de reistijd naar uw verpleegkundige een probleem voor u geweest?

- 1 Een groot probleem
- 2 Een klein probleem
- 3 Geen probleem

64. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was uw verpleegkundige telefonisch goed bereikbaar?

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

65. Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer of onderzoekkamer van de verpleegkundige?

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

66. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden behandelden de medewerkers van de locatie waar de verpleegkundige spreekuur houdt u met beleefdheid en respect?

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

67. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden vond u de medewerkers van de locatie waar de verpleegkundige spreekuur houdt net zo behulpzaam als volgens u zou moeten?

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

68. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke verpleegkundige en 10 de best mogelijke verpleegkundige is, zou u uw verpleegkundige geven?

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

DIABETESZORG VAN EEN DIETIST

69. Heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met een diëtist?

- 1 Ja
- 2 Nee --> Indien Nee: Ga naar vraag 89

70. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw diabetes contact gehad met uw diëtist?

keer in de afgelopen 12 maanden

71. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw diëtist u serieus genomen?

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

72. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden luisterde de diëtist met aandacht naar u?

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

73. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden legde de diëtist dingen uit op een manier die u kon begrijpen?

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

74. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden toonde de diëtist respect voor wat u te zeggen had?

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

75. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden besteedde de diëtist voldoende tijd aan u?

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

76. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was het moeilijk voor u om te praten met de diëtist of hem/haar te begrijpen omdat u moeilijkheden heeft met de Nederlandse taal?

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

77. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw diëtist de zorg die aan u is verleend afgestemd op de zorg die u van andere zorgverleners kreeg?

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

78. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw diëtist informatie verteld die tegenstrijdig is met informatie van andere zorgverleners?

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

79. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw diëtist bij een geplande diabetescontrole uw bloedglucose-regulatie besproken?

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

80. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw diëtist goede voorlichting over diabetes gegeven?

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

81. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw diëtist goede begeleiding gegeven in de dagelijkse omgang met diabetes?

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

82. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw diëtist bij de geplande diabetescontrole besproken of de huidige behandeling voor u nog optimaal was?

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

83. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden de reistijd naar uw diëtist een probleem voor u geweest?

- 1 Een groot probleem
- 2 Een klein probleem
- 3 Geen probleem

84. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was uw diëtist telefonisch goed bereikbaar?

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

85. Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer of onderzoekkamer van de diëtist?

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

86. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden behandelden de medewerkers van de locatie waar de diëtist spreekuur houdt u met beleefdheid en respect?

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

87. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden vond u de medewerkers van de locatie waar de diëtist spreekuur houdt net zo behulpzaam als volgens u zou moeten?

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

88. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke diëtist en 10 de best mogelijke diëtist is, zou u uw diëtist geven?

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

KWALITEIT VAN DE DIABETESZORG

De nu volgende vragen zijn bedoeld om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de diabeteszorg die u krijgt. Daarom worden er bijvoorbeeld vragen gesteld over uitgevoerde controles, zoals van bloed of urine, en over diabetescomplicaties zoals netvliesafwijkingen of slecht helende wondjes.

89. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke diabeteszorg aangeeft en 10 de best mogelijke diabeteszorg, zou u geven aan alle diabeteszorg die u de afgelopen 12 maanden hebt gekregen?

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

LEEFREGELS

90. Hoe lang is het geleden dat bij u de diagnose diabetes is gesteld?

- 1 Minder dan 12 maanden geleden
- 2 Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar geleden
- 3 Tenminste 2 jaar maar minder dan 10 jaar geleden
- 4 10 jaar of langer geleden
- 5 Weet ik niet meer



91. Wanneer heeft u voor het laatst van een zorgverlener voedingsadviezen gekregen?

- 1 Minder dan 12 maanden geleden
- 2 Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar geleden
- 3 Tenminste 2 jaar maar minder dan 10 jaar geleden
- 4 10 jaar of langer geleden
- 5 Weet ik niet meer

92. Wanneer heeft u voor het laatst van een zorgverlener adviezen over lichaamsbeweging gekregen?

- 1 Minder dan 12 maanden geleden
- 2 Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar geleden
- 3 Tenminste 2 jaar maar minder dan 10 jaar geleden
- 4 10 jaar of langer geleden
- 5 Weet ik niet meer

93. Is u in de afgelopen 12 maanden tijdens een diabetescontrole gevraagd of u rookt?

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Weet ik niet meer

94. Rookt u?

- 1 Ja
- 2 Nee --> Indien Nee: Ga naar vraag 96

95. Indien u rookt, heeft de arts of verpleegkundige tijdens een diabetescontrole in de afgelopen 12 maanden u geadviseerd te stoppen met roken?

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Weet ik niet meer

CONTROLE

96. Controleert u zelf uw suiker, bijvoorbeeld met behulp van een prikpen?

- 1 Ja
- 2 Nee

97. In een laboratorium wordt de regeling van de diabetes meestal gemeten aan de hand van de zogenaamde HbA1c waarde in uw bloed (ook wel glycoHb, glyciHb, of HbA1 genoemd). Deze bepaling geeft een afspiegeling van de glucose (suiker) waarde in de afgelopen 2-3 maanden.

Hoe hoog was bij de laatste meting de HbA1c-waarde in uw bloed? (Wilt u a.u.b. het getal tot één decimaal achter de komma invullen?)

,

- 1 Weet ik niet meer precies

--> Was de HbA1c-waarde in uw bloed hoger of lager dan 9?

- 1 Lager dan 9
- 2 9 of hoger
- 3 Weet ik niet meer

98. Hoe lang geleden heeft een arts of verpleegkundige bloedonderzoek laten doen om uw HbA1c te bepalen?

- 1 Minder dan 6 maanden geleden
- 2 Tenminste 6 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 3 12 maanden of langer geleden
- 4 Weet ik niet meer

99. Hoe lang geleden heeft een arts of verpleegkundige bloedonderzoek laten doen om uw cholesterolgehalte te bepalen?

- 1 Minder dan 6 maanden geleden
- 2 Tenminste 6 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 3 12 maanden of langer geleden
- 4 Weet ik niet meer

100. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden de reistijd voor het bloedonderzoek een probleem voor u geweest?

- 1 Een groot probleem
- 2 Een klein probleem
- 3 Geen probleem

101. Hoe lang geleden is bij een diabetescontrole uw urine gecontroleerd?

- 1 Minder dan 6 maanden geleden
- 2 Tenminste 6 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 3 12 maanden of langer geleden
- 4 Weet ik niet meer

102. Hoe lang geleden zijn uw voeten grondig onderzocht?

- 1 Minder dan 6 maanden geleden
- 2 Tenminste 6 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 3 12 maanden of langer geleden
- 4 Weet ik niet meer

103. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden de reistijd voor het voetonderzoek een probleem voor u geweest?

- 1 Een groot probleem
- 2 Een klein probleem
- 3 Geen probleem

104. Hoe lang geleden heeft u voor het laatst een oogcontrole gehad?

- 1 Minder dan 6 maanden geleden
- 2 Tenminste 6 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 3 Tenminste 12 maanden maar minder dan 24 maanden geleden
- 4 24 maanden of langer geleden
- 5 Weet ik niet meer

105. Hoe uitgebreid was uw laatste oogcontrole?

- 1 Alleen controle van mijn gezichtsvermogen (de 'kaart' lezen)
- 2 Uitgebreid onderzoek (inclusief oogspiegelen na pupilverwijdende oogdruppels, of foto's van het netvlies)
- 3 Weet ik niet meer

106. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden de reistijd voor uw oogcontrole een probleem voor u geweest?

- 1 Een groot probleem
- 2 Een klein probleem
- 3 Geen probleem



107. Hoe lang geleden is uw bloeddruk door een arts, verpleegkundige of doktersassistente gemeten?

- 1 Minder dan 6 maanden geleden
- 2 Tenminste 6 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 3 12 maanden of langer geleden
- 4 Weet ik niet meer

108. Hoe hoog was bij de laatste meting uw bloeddruk?

Bij een bloeddruk meting horen altijd twee getallen, de bovendruk (hoogste getal) en de onderdruk (laagste getal). Voorbeeld: de bloeddruk was 120 (bovendruk) over 80 (onderdruk); dan komt op de regel 'bovendruk' 120 en op de regel 'onderdruk' 80 te staan.

--	--	--

bovendruk (hoogste getal)

--	--	--

onderdruk (laagste getal)

- 1 Weet ik niet meer precies

--> Was uw bovendruk hoger of lager dan 140?

- 1 Lager dan 140
- 2 140 of hoger
- 3 Weet ik niet meer

--> Was uw onderdruk hoger of lager dan 90?

- 1 Lager dan 90
- 2 90 of hoger
- 3 Weet ik niet meer

COMPLICATIES

Zoals u waarschijnlijk weet, kan diabetes gepaard gaan met acute complicaties, zoals hypoglycemieën (hypo's) en chronische complicaties van hart- en bloedvaten, nierproblemen, netvliesafwijkingen, slecht helende wondjes aan uw voeten, en in sommige gevallen zelfs amputaties. Met behulp van de volgende vragen willen wij een beeld krijgen van de mate waarin sommige van deze complicaties zich in de afgelopen 12 maanden bij u hebben voorgedaan.

109. Heeft u in de afgelopen 12 maanden één of meer ernstige hypo's doorgemaakt, waarbij sprake was van bewustzijnsverlies of coma en waarbij hulp van buitenaf noodzakelijk was?

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Weet ik niet meer

110. Heeft u in de afgelopen 12 maanden last gehad van slecht helende of ontstoken wondjes aan uw voet?

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Weet ik niet meer

111. Heeft u in de afgelopen 12 maanden een amputatie ondergaan als gevolg van uw diabetes?

- 1 Ja, namelijk:

--

(bijvoorbeeld teen, onderbeen)
(a.u.b. in blokletters)

- 2 Nee
- 3 Weet ik niet meer

112. Is in de afgelopen 12 maanden eiwit in uw urine aangetroffen?

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Weet ik niet meer

113. Heeft u in de afgelopen 12 maanden een hartinfarct of herseninfarct (beroerte) gehad?

- 1 Ja
2 Nee

114. Heeft een oogarts in de afgelopen 12 maanden netvliesafwijkingen (retinopathie) als gevolg van uw diabetes vastgesteld?

- 1 Ja
2 Nee
3 Weet ik niet meer

115. Heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met diabetes of de complicaties daarvan een of meer nachten doorgebracht in het ziekenhuis?

- 1 Ja
2 Nee -> Indien Nee: Ga naar vraag 117

116. Zo ja, hoeveel nachten bent u opgenomen geweest?

nachten (bij meer dan 1 opname s.v.p. het aantal nachten optellen)

OVER UZELF

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

- 1 Uitstekend
2 Zeer Goed
3 Goed
4 Redelijk
5 Slecht

118. Wat is momenteel uw leeftijd?

- 1 54 of jonger
2 55 tot en met 64
3 65 tot en met 74
4 75 tot en met 79
5 80 of ouder

119. Bent u een man of een vrouw?

- 1 man
2 vrouw

120. 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)

121. In welk land heeft u deze opleiding afgerond?

- 1 Nederland
2 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

122. 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)



123. 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)

124. 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)

125. Indien u niet in Suriname geboren bent, en ook uw vader of moeder niet, kunt u deze vraag (vraag 125) overslaan en doorgaan met vraag 126.

U heeft een relatie met Suriname. Zoals u weet kent men verschillende bevolkingsgroepen in Suriname: Hindoestanen, Creolen, Javanen, Chinezen en andere groepen. Surinamers in Nederland zijn ook in verschillende bevolkingsgroepen in te delen. Uit welke van deze groepen bent u oorspronkelijk afkomstig?

- 1 Hindoestaanse
- 2 Creoolse
- 3 Javaanse
- 4 Chinese
- 5 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

126. Welke taal spreekt u thuis meestal?

- 1 Nederland
- 2 Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

127. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorgverzekeraar is en 10 de best mogelijke zorgverzekeraar, zou u geven aan uw zorgverzekeraar?

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

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

- 1 Ja --> Indien Ja: Ga naar vraag 129
- 2 Nee -> Indien Nee: Ga naar vraag 130

129. Hoe heeft die persoon u geholpen? Kruis alles aan dat van toepassing is.

- 1 Heeft de vragen voorgelezen
- 2 Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- 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)

Specimen

- EINDE -

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

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

Dit hoeft u niet in te vullen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Topiclijst

Algemene Vragenlijst Inventarisatie Diabeteszorg

- **Structuurkenmerken**
 1. Wie is verantwoordelijk voor de diabeteszorg?
 - Wie coördineert de zorg?
 - Wie is eindverantwoordelijk?
 2. Wat is de samenstelling van het diabetesteam binnen uw netwerk?

- **Proceskenmerken**
 1. Hoe is de diabeteszorg georganiseerd? MAW welke competenties worden ingezet?
 2. Wordt er gewerkt volgens de NHG-standaard of de diabetesstandaard¹³?
 3. In welke mate is het proces op praktijkniveau gestandaardiseerd? Maw is er een protocol¹⁴/vastgelegde structuur voor diabeteszorg?
 4. Zo ja, zou ik die misschien in mogen zien?
 5. Is de personele bezetting toereikend om de diabeteszorg te verlenen?
 6. Wie doet de 3-maandelijkse oproep?
 - Is dit geautomatiseerd?
 7. Wie doet 3-maandelijkse controle:
 - Bepaling lichaamsgewicht/BMI
 - Bepaling bloedglucosespiegel
 - Bloeddruk
 8. Wie doet de jaarlijkse oproep?
 - Is dit geautomatiseerd?
 9. Wie doet de jaarlijkse controle:
 - Bepaling lichaamsgewicht/BMI
 - Bepaling bloedglucosespiegel
 - HBa1c
 - Bloeddruk
 - Oogonderzoek
 - Voetonderzoek
 - Nierfunctie
 10. Wie doet de voorlichting, educatie en begeleiding? (1^e educatie + gestructureerde educatie)

- **Informatiestructuur**
 11. Wordt er gebruik gemaakt van een registratiesysteem? (registratie van gegevens op transparante en gestandaardiseerde wijze)
 12. Wordt bijgehouden of een patiënt wel/niet verschijnt? Zo ja, hoe?
 13. Met welke hulpverlener/organisatie structureel contact/overleg?
 - Hoe vaak?
 14. Zijn er vaste afspraken over (de communicatie bij) verwijzing? (Bv. telefonisch, fax, e-mail, EPD)
 15. Zijn er vaste afspraken over de wijze van de over en weer te leveren informatie en overdracht? (Bv. Ontslagbrief, telefonisch, fax, e-mail EPD)

¹³ Een richtlijn is een document met binnen de beroepsgroep overeengekomen aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering in de gezondheidszorg, berustend op resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van medisch handelen.

¹⁴ Een protocol is een vertaling van een richtlijn op lokaal of regionaal niveau, rekening houdend met de specifieke lokale of regionale klinische situatie. In een zorgprotocol is het logistieke proces systematisch vastgelegd en staat voorgeschreven hoe patiënten het zorgproces dienen te doorlopen.

- **Feedback en sturing**

16. Wordt er in een formele overlegvorm inhoudelijk feedback op de zorgverlening gegeven?
 - Zo ja, in welke vorm? (multidisciplinair overleg, teambespreking, overdrachten)
 - Welke hulpverleners en instellingen nemen daaraan deel?
17. Worden gegevens systematisch vastgelegd om de zorgverlening in het kader van de diabeteszorg te monitoren en te bewaken?
 - Zo ja, hoe? (Goede ICT-voorzieningen)
18. Zijn er prestatie-indicatoren?
 - Uitkomstparameters (nagaan of het zorgproces tot het beoogde resultaat heeft geleid. Bv. HbA1c)
 - Procesparameters (nagaan of het zorgproces volgens plan is uitgevoerd. Bv. Is patiënt 4x per jaar gezien?)
19. Wordt er gewerkt met een database¹⁵?
20. Worden systematisch verkregen gegevens gebruikt om de zorgverlening bij te sturen?

- **Voordeur**

21. Hoeveel patiënten met diabetes type 2 met de leeftijd van 50 jaar of ouder?
22. Zijn er ook diabetespatiënten die u niet opneemt? Zo ja, waarom niet?

- **Achterdeur**

23. Op welk moment besluit u om de diabetespatiënt te verwijzen naar een hulpverlener die buiten de standaardzorg uit uw netwerk valt, zoals internist?
24. Zijn er vaste afspraken over (de communicatie bij) verwijzing? (Bv. telefonisch, fax, e-mail, EPD)
25. Zijn er vaste afspraken over de wijze van de over en weer te leveren informatie en overdracht? (Bv. Ontslagbrief, telefonisch, fax, e-mail, EPD)

¹⁵ Een database waarmee de huisartsen op praktijkniveau (en indien gewenst op hoger niveau) kan kijken hoe de zorg voor zijn diabetespatiënten zich verhoudt tot de gemiddelde zorg (in Amsterdam). De ingevoerde gegevens zijn niet tot patiënten herleidbaar.

Bijlage 3: Tabel 14a.

Samenhang tussen verschillende items betreffende de huisarts: Pearson correlatiecoëfficiënten

Correlations

		VR005 HA Serius genomen	VR006 HA Luisterde met aandacht	VR007 HA Legde dingen begrijpelijk uit	VR008 HA Respect voor wat u te zeggen had	VR009 HA Besteedde voldoende tijd aan u	VR010REC HA Moeilijk te praten-begrijp en door taal verschil (recoded)	VR011 HA Afstemming zorg andere zorgverleners	VR012REC HA Tegenstrijdige informatie (recoded)	VR013 HA Bespreken bloedglucos e-regulatie	VR014 HA Goede diabetes voorzichting	VR015 HA Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	VR016 HA Bespreking huidige behandeling nog optimaal	RVR018 recoded HA Goede begeleiding doseren insuline	VR020 HA Telefonisch goed bereikbaar	VR021 HA Binnen 15 minuten in spreekkamer	VR022 HA-Medewe rkers Met beleefdheid en respect	VR023 HA-Medewer kers Behulpzaam
VR005 HA Serius genomen	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 2623	,757** ,000 2595	,518** ,000 2567	,660** ,000 2578	,648** ,000 2580	,078** ,000 2401	,225** ,000 2286	,070** ,001 2375	,405** ,000 2471	,465** ,000 2487	,434** ,000 2432	,401** ,000 2389	,288** ,000 543	,328** ,000 2506	,247** ,000 2435	,330** ,000 2523	,330** ,000 2524
VR006 HA Luisterde met aandacht	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,757** ,000 2595	1 2623	,579** ,000 2580	,738** ,000 2588	,738** ,000 2591	,072** ,000 2409	,233** ,000 2288	,078** ,000 2382	,428** ,000 2478	,504** ,000 2494	,473** ,000 2443	,430** ,000 2399	,372** ,000 543	,339** ,000 2509	,258** ,000 2435	,365** ,000 2530	,363** ,000 2530
VR007 HA Legde dingen begrijpelijk uit	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,518** ,000 2567	,579** ,000 2580	1 2598	,607** ,000 2584	,568** ,000 2577	,035 ,086 2406	,226** ,196 2285	,027 ,196 2375	,427** ,000 2462	,505** ,000 2485	,467** ,000 2433	,427** ,000 2388	,285** ,000 539	,276** ,000 2490	,268** ,000 2423	,302** ,000 2507	,270** ,000 2515
VR008 HA Respect voor wat u te zeggen had	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,660** ,000 2578	,738** ,000 2588	,607** ,000 2584	1 2610	,705** ,000 2590	,022 ,288 2412	,214** ,010 2291	,053** ,000 2381	,416** ,000 2471	,509** ,000 2492	,474** ,000 2442	,440** ,000 2397	,339** ,000 543	,331** ,000 2500	,262** ,000 2428	,363** ,000 2516	,333** ,000 2520
VR009 HA Besteedde voldoende tijd aan u	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,648** ,000 2580	,738** ,000 2591	,568** ,000 2577	,705** ,000 2590	1 2612	,065** ,001 2411	,211** ,164 2294	,052** ,011 2381	,465** ,000 2473	,548** ,000 2494	,526** ,000 2442	,481** ,000 2396	,400** ,000 543	,376** ,000 2503	,296** ,000 2433	,394** ,000 2524	,371** ,000 2523
VR010REC HA Moeilijk te praten-begrijpen door taal verschil (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,078** ,000 2401	,072** ,000 2409	,035 ,086 2406	,022 ,288 2412	,065** ,001 2411	1 2430	-0,30 ,164 2180	,351** ,000 2267	,018 ,374 2315	,014 ,496 2333	,016 ,458 2294	,011 ,602 2253	-0,04 ,320 510	,097** ,000 2338	,056** ,007 2276	,150** ,000 2355	,123** ,000 2358
VR011 HA Afstemming zorg andere zorgverleners	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,225** ,000 2286	,233** ,000 2288	,226** ,000 2285	,214** ,000 2291	,211** ,000 2180	-0,30 ,164 2180	1 2315	-,127** ,000 2245	,206** ,000 2259	,141** ,000 2271	,234** ,000 2239	,249** ,000 2209	,165** ,000 503	,109** ,000 2243	,141** ,000 2196	,127** ,000 2263	,152** ,000 2262
VR012REC HA Tegenstrijdige informatie (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,070** ,001 2375	,078** ,000 2382	,027 ,196 2375	,053** ,010 2381	,052** ,011 2381	,351** ,000 2267	-,127** ,000 2245	1 2405	-,009 ,651 2340	,031 ,130 2354	,010 ,635 2315	,001 ,953 2278	-0,036 ,420 512	,057** ,006 2323	,010 ,626 2279	,113** ,000 2342	,095** ,000 2350
VR013 HA Bespreken bloedglucose-regulatie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,405** ,000 2471	,428** ,000 2478	,427** ,000 2462	,416** ,000 2471	,465** ,000 2473	,018 ,374 2315	,206** ,000 2259	-,009 ,651 2340	1 2505	,678** ,000 2463	,648** ,000 2523	,632** ,000 2409	,590** ,000 539	,262** ,000 2421	,262** ,000 2364	,245** ,000 2442	,238** ,000 2443
VR014 HA Goede diabetes voorlichting	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,465** ,000 2487	,504** ,000 2494	,505** ,000 2485	,509** ,000 2492	,548** ,000 2494	,014 ,496 2333	,238** ,000 2271	,031 ,130 2354	,678** ,000 2463	1 2523	,792** ,000 2442	,689** ,000 2391	,572** ,000 541	,307** ,000 2438	,275** ,000 2374	,280** ,000 2457	,274** ,000 2464
VR015 HA Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,434** ,000 2432	,473** ,000 2443	,467** ,000 2442	,474** ,000 2442	,526** ,000 2294	,016 ,458 2239	,234** ,000 2239	,010 ,635 2315	,648** ,000 2409	,792** ,000 2442	1 2464	,706** ,000 2366	,635** ,000 530	,318** ,000 2388	,296** ,000 2305	,293** ,000 2407	,283** ,000 2411
VR016 HA Bespreking huidige behandeling nog optimaal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,401** ,000 2389	,430** ,000 2399	,427** ,000 2388	,440** ,000 2397	,481** ,000 2396	,011 ,602 2253	,249** ,000 2209	,001 ,953 2278	,632** ,000 2381	,689** ,000 2391	,706** ,000 2366	1 2419	,649** ,000 523	,321** ,000 2344	,293** ,000 2299	,284** ,000 2365	,266** ,000 2370
RVR018 recoded HA Goede begeleiding doseren insuline	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,288** ,000 543	,372** ,000 543	,285** ,000 539	,339** ,000 543	,400** ,000 510	-,044 ,320 510	,165** ,000 503	-,036 ,420 512	,590** ,000 539	,572** ,000 541	,635** ,000 530	,649** ,000 523	1 552	,250** ,000 541	,289** ,000 525	,192** ,000 544	,200** ,000 533
VR020 HA Telefonisch goed bereikbaar	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,328** ,000 2506	,339** ,000 2509	,276** ,000 2490	,331** ,000 2500	,097** ,000 2503	,109** ,000 2338	,262** ,000 2243	,057** ,000 2323	,262** ,000 2421	,307** ,000 2438	,318** ,000 2388	,321** ,000 2344	,250** ,000 541	1 2555	,351** ,000 2432	,401** ,000 2520	,418** ,000 2489
VR021 HA Binnen 15 minuten in spreekkamer	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,247** ,000 2427	,258** ,000 2435	,268** ,000 2423	,262** ,000 2428	,296** ,000 2276	,056** ,007 2196	,141** ,000 2279	,010 ,626 2364	,262** ,000 2374	,275** ,000 2374	,296** ,000 2325	,293** ,000 2299	,289** ,000 525	,351** ,000 2432	1 2472	,315** ,000 2458	,322** ,000 2427
VR022 HA-Medewerkers Met beleefdheid en respect	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,330** ,000 2523	,365** ,000 2530	,302** ,000 2507	,363** ,000 2516	,394** ,000 2524	,150** ,000 2355	,127** ,000 2263	,113** ,000 2342	,245** ,000 2442	,280** ,000 2457	,293** ,000 2407	,284** ,000 2365	,192** ,000 544	,401** ,000 2520	,315** ,000 2458	1 2578	,656** ,000 2525
VR023 HA-Medewerkers Behulpzaam	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,330** ,000 2524	,363** ,000 2530	,270** ,000 2515	,333** ,000 2520	,371** ,000 2523	,123** ,000 2358	,152** ,000 2262	,095** ,000 2350	,238** ,000 2443	,274** ,000 2464	,283** ,000 2411	,266** ,000 2370	,200** ,000 533	,418** ,000 2489	,322** ,000 2427	,656** ,000 2525	1 2574

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 14b.

Samenhang tussen verschillende items betreffende de internist: Pearson correlatiecoëfficiënten

		Correlations																
		VR027 IN Seriesus genomen	VR028 IN Luisterde met aandacht	VR029 IN Legde dingen begrijpelijk uit	VR030 IN Respect voor wat u te zeggen had	VR031 IN Besteedde voldoende tijd aan u	VR032REC IN Moelijk te praten-begrip en door taal verschil (recoded)	VR033 IN Afstemming zorg andere zorgverleners	VR034REC IN Tegenstrijdige informatie (recoded)	VR035 IN Bespreken bloedglucose e-regulatie	VR036 IN Goede diabetes voorzichting	VR037 IN Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	VR038 IN Bespreking huidige behandeling nog optimaal	RVR040 recoded IN Goede begeleiding doseren insuline	VR042 IN Telefonisch goed bereikbaar	VR043 IN Binnen 15 minuten in spreekkamer	VR044 IN POLI-Medew erks Met beleefdheid en respect	VR045 IN POLI-Medew erks Behulpzaam
VR027 IN Seriesus genomen	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .000 1087	.708** .000 1074	.512** .000 1071	.636** .000 1069	.612** .000 1073	.106** .001 1006	.218** .000 981	.083** .008 1015	.353** .000 1047	.403** .000 1054	.381** .000 1035	.390** .000 1024	.351** .000 693	.300** .000 946	.242** .000 1029	.293** .000 1054	.261** .000 1049
VR028 IN Luisterde met aandacht	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.708** .000 1074	1 .000 1093	.588** .000 1083	.719** .000 1084	.711** .000 1084	.085** .007 1016	.242** .000 988	.048 .124 1023	.321** .000 1055	.440** .000 1061	.416** .000 1044	.397** .000 1032	.396** .000 695	.353** .000 952	.257** .000 1037	.308** .000 1061	.211** .000 1057
VR029 IN Legde dingen begrijpelijk uit	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.512** .000 1071	.588** .000 1083	1 .000 1091	.656** .000 1081	.616** .000 1080	.058 .063 1013	.247** .000 984	.025 .422 1022	.346** .000 1055	.479** .000 1063	.466** .000 1043	.393** .000 1031	.416** .000 697	.364** .000 954	.233** .000 1036	.273** .000 1061	.238** .000 1056
VR030 IN Respect voor wat u te zeggen had	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.636** .000 1069	.719** .000 1084	.656** .000 1081	1 .000 1088	.758** .000 1079	.055 .082 1013	.264** .000 985	.031 .326 1021	.401** .000 1053	.490** .000 1058	.467** .000 1042	.431** .000 1029	.456** .000 693	.392** .000 951	.273** .000 1035	.324** .000 1057	.289** .000 1052
VR031 IN Besteedde voldoende tijd aan u	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.612** .000 1073	.711** .000 1084	.616** .000 1080	.758** .000 1079	1 .000 1092	.075 .017 1014	.249** .000 987	.056 .074 1021	.376** .000 1055	.490** .000 1060	.477** .000 1043	.442** .000 1029	.438** .000 696	.397** .000 951	.292** .000 1036	.339** .000 1062	.273** .000 1054
VR032REC IN Moelijk te praten-begrijpen door taal verschil (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.106** .001 1006	.085** .007 1016	.058 .063 1013	.055 .082 1013	.075 .017 1014	1 .000 1023	-.078* .016 945	-.324** .000 975	-.093** .003 993	-.003 .928 999	-.022 .482 985	-.001 .970 652	.042 .279 902	.163 .163 977	.001 .987 997	.115** .000 997	.070** .028 991
VR033 IN Afstemming zorg andere zorgverleners	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.218** .000 981	.242** .000 988	.247** .000 984	.264** .000 985	.249** .000 987	-.078* .016 945	1 .000 996	-.058 .072 962	.211** .000 970	.262** .000 1037	.287** .000 1049	.258** .000 1003	.200** .000 641	.191** .000 883	.169** .000 955	.135** .000 970	.146** .000 967
VR034REC IN Tegenstrijdige informatie (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.083** .008 1015	.048 .124 1023	.025 .422 1021	.031 .326 1021	.056 .074 1021	.324** .000 975	-.058 .072 962	1 .000 1034	-.005 .864 1015	-.013 .680 1054	-.041 .189 1021	-.008 .791 1009	.003 .937 1003	-.031 .624 674	-.013 .937 919	.099** .002 1017	.017 .578 1015
VR035 IN Bespreken bloedglucose-regulatie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.353** .000 1047	.321** .000 1055	.346** .000 1053	.401** .000 1053	.376** .000 1055	.093** .003 993	.211** .000 970	-.005 .864 1015	1 .000 1069	.580** .000 1054	.570** .000 1037	.596** .000 1030	.498** .000 695	.292** .000 942	.211** .000 1028	.188** .000 1050	.191** .000 1045
VR036 IN Goede diabetes voorzichting	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.403** .000 1054	.440** .000 1061	.479** .000 1063	.490** .000 1058	.490** .000 1060	-.003 .928 999	.262** .000 973	-.013 .680 1021	.580** .000 1054	1 .000 1074	.817** .000 1049	.624** .000 1000	.584** .000 694	.414** .000 953	.252** .000 1035	.230** .000 1058	.220** .000 1053
VR037 IN Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.381** .000 1035	.416** .000 1044	.466** .000 1043	.467** .000 1042	.477** .000 1043	-.022 .482 985	.287** .000 966	-.041 .189 1009	.570** .000 1037	.817** .000 1049	1 .000 1053	.672** .000 1027	.553** .000 688	.402** .000 938	.242** .000 1022	.218** .000 1040	.225** .000 1034
VR038 IN Bespreking huidige behandeling nog optimaal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.390** .000 1024	.397** .000 1032	.393** .000 1031	.431** .000 1029	.442** .000 1029	-.001 .970 976	.258** .000 957	-.008 .791 1003	.596** .000 1030	.624** .000 1037	.672** .000 1027	1 .000 1044	.549** .000 684	.362** .000 932	.284** .000 1016	.243** .000 1030	.192** .000 1025
RVR040 recoded IN Goede begeleiding doseren insuline	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.351** .000 693	.396** .000 695	.416** .000 697	.456** .000 693	.438** .000 696	.042 .279 652	.200** .000 641	.498** .937 674	.584** .000 695	.584** .000 694	.553** .000 688	.549** .000 704	1 .000 624	.287** .000 624	.215** .000 684	.162** .000 939	.184** .000 1048
VR042 IN Telefonisch goed bereikbaar	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.300** .000 946	.353** .000 952	.364** .000 954	.392** .000 951	.397** .000 951	.047 .163 902	.191** .000 883	-.031 .355 919	-.031 .000 942	.292** .000 953	.414** .000 938	.402** .000 938	.362** .000 624	.287** .000 964	1 .000 939	.344** .000 1048	.277** .000 1057
VR043 IN Binnen 15 minuten in spreekkamer	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.242** .000 1029	.257** .000 1037	.233** .000 1036	.273** .000 1035	.292** .000 1036	.001 .987 977	.169** .000 955	-.013 .690 997	.211** .000 1028	.252** .000 1035	.242** .000 1022	.284** .000 1016	.215** .000 684	.344** .000 939	1 .000 1048	.228** .000 1040	.190** .000 1033
VR044 IN POLI-Medewerkers Met beleefdheid en respect	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.293** .000 1054	.308** .000 1061	.273** .000 1061	.324** .000 1057	.339** .000 1062	.115** .000 997	.135** .000 970	.099** .000 1017	.188** .000 1050	.230** .000 1058	.218** .000 1040	.243** .000 1030	.162** .000 696	.277** .000 957	.228** .000 1040	1 .000 1074	.556** .000 1059
VR045 IN POLI-Medewerkers Behulpzaam	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.261** .000 1049	.211** .000 1057	.238** .000 1056	.289** .000 1052	.273** .000 1054	.070** .028 991	.146** .000 967	.017 .578 1015	.191** .000 1045	.220** .000 1053	.225** .000 1034	.192** .000 1025	.184** .000 694	.274** .000 951	.190** .000 1033	.556** .000 1059	1 .000 1072

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 14c.

Samenhang tussen verschillende items betreffende de verpleegkundige: Pearson correlatiecoëfficiënten

		Correlations																
		VR049 VP Serieus genomen	VR050 VP Luisterde met aandacht	VR051 VP Legde dingen begrijpelijk uit	VR052 VP Respect voor wat u te zeggen had	VR053 VP Besteedde voldoende tijd aan u	VR054REC VP Moeilijk te praten-begrijp en door taal verschil (recoded)	VR055 VP Afstemming zorg andere zorgverleners	VR056REC VP Tegenstrijdige informatie (recoded)	VR057 VP Bespreken bloedglucose- regulatie	VR058 VP Goede diabetes voorlichting	VR059 VP Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	VR060 VP Bespreking huidige behandeling nog optimaal	RVR062 recoded VP Goede begeleiding doseren insuline	VR064 VP Telefonisch goed bereikbaar	VR065 VP Binnen 15 minuten in spreekkamer	VR066 VP LOCATIE-Med ewerkers Met beleefdheid en respect	VR067 VP LOCATIE-Me dewerkers Behulpzaam
VR049 VP Serieus genomen	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .277 2222	-.023 .277 2222	.488** .000 2193	.650** .000 2196	.607** .000 2202	.058** .008 2035	.197** .000 1981	.120** .000 2083	.327** .000 2141	.433** .000 2157	.417** .000 2124	.337** .000 2096	.262** .000 748	.320** .000 2052	.232** .000 2073	.409** .000 2087	.431** .000 2082
VR050 VP Luisterde met aandacht	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.023 .277 2222	1 .277 2220	-.018 .397 2214	.017 .414 2213	-.030 .161 2221	-.051** .020 2050	-.035 .118 1996	-.041 .061 2099	-.032 .134 2157	-.074** .001 2174	-.013 .535 2141	-.008 .704 2112	-.010 .783 755	-.005 .808 2069	.036 .103 2091	-.037 .086 2105	-.005 .832 2099
VR051 VP Legde dingen begrijpelijk uit	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.488** .000 2193	-.018 .397 2214	1 .277 2214	.558** .000 2195	.528** .000 2202	.029 .193 2039	.203** .000 1983	.078** .000 2082	.322** .000 2138	.472** .000 2159	.423** .000 2127	.379** .000 2099	.288** .000 749	.260** .000 2047	.200** .000 2075	.313** .000 2089	.305** .000 2085
VR052 VP Respect voor wat u te zeggen had	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.650** .000 2196	.017 .414 2213	.558** .000 2195	1 .174 2202	.649** .000 2202	.030 .000 2031	.210** .000 1981	.111** .000 2081	.334** .000 2137	.456** .000 2155	.455** .000 2122	.378** .000 2095	.244** .000 747	.327** .000 2047	.231** .000 2070	.434** .000 2083	.435** .000 2080
VR053 VP Besteedde voldoende tijd aan u	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.607** .000 2202	-.030 .161 2221	.528** .000 2202	.649** .000 2221	1 .001 2221	.075** .001 2040	.225** .000 1986	.110** .000 2084	.348** .000 2142	.491** .000 2161	.459** .000 2131	.280** .000 2102	.287** .000 750	.371** .000 2052	.267** .000 2080	.480** .000 2093	.441** .000 2087
VR054REC VP Moeilijk te praten-begrijpen door taal verschil (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.058** .008 2035	-.051** .020 2050	.029 .193 2039	.030 .174 2031	.075** .001 2050	1 .021 1901	-.053* .000 1969	.337** .000 1969	.030 .174 2008	.008 .723 1991	.001 .975 1986	-.013 .570 1963	.001 .971 698	.024 .291 1916	.068** .003 1942	.047** .037 1956	.090** .000 1951
VR055 VP Afstemming zorg andere zorgverleners	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.197** .000 1981	-.035 .118 1996	.203** .000 1983	.210** .000 1981	.225** .000 1986	-.053* .021 1901	1 .000 1996	-.072** .001 1942	.217** .000 1949	.222** .000 1962	.227** .000 1950	.214** .000 1930	.177** .000 688	.129** .000 1876	.116** .000 1899	.138** .000 1912	.132** .000 1911
VR056REC VP Tegenstrijdige informatie (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.120** .000 2083	-.041 .061 2099	.078** .000 2082	.111** .000 2081	.110** .000 2084	.337** .001 1969	-.072** .001 1942	1 .636 2099	-.010 .342 2063	.027 .225 2076	.021 .824 2057	-.005 .444 2032	-.004 .908 730	-.004 .017 2002	.051** .021 2016	.070** .002 2016	.088** .000 2014
VR057 VP Bespreken bloedglucose-regulatie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.327** .000 2141	-.032 .134 2157	.322** .000 2138	.334** .000 2137	.348** .000 2142	.030 .174 1991	.217** .000 1949	-.010 .636 2063	1 .000 2157	.575** .000 2136	.520** .000 2103	.548** .000 2084	.405** .000 745	.245** .000 2024	.212** .000 2049	.270** .000 2062	.252** .000 2058
VR058 VP Goede diabetes voorlichting	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.433** .000 2157	-.074** .001 2174	.472** .000 2159	.456** .000 2155	.491** .000 2008	.008 .723 2008	.222** .000 1962	.027 .225 2076	.575** .000 2136	1 .000 2174	.728** .000 2123	.560** .000 2097	.579** .000 747	.565** .000 2037	.287** .000 2065	.270** .000 2078	.328** .000 2075
VR059 VP Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.417** .000 2124	-.013 .535 2141	.423** .000 2127	.455** .000 2122	.459** .000 2131	.001 .975 1986	.227** .000 1950	.021 .342 2057	.520** .000 2103	.728** .000 2123	1 .000 2141	.579** .000 2078	.453** .000 737	.317** .000 2010	.195** .000 2039	.294** .000 2052	.328** .000 2050
VR060 VP Bespreking huidige behandeling nog optimaal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.337** .000 2096	-.008 .704 2112	.379** .000 2099	.378** .000 2095	.381** .000 2102	-.013 .570 1963	.214** .000 1930	-.005 .824 2032	.548** .000 2084	.560** .000 2097	.579** .000 2078	1 .000 2112	.565** .000 734	.287** .000 1991	.237** .000 2018	.270** .000 2032	.278** .000 2024
RVR062 recoded VP Goede begeleiding doseren insuline	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.262** .000 748	-.010 .783 755	.288** .000 749	.244** .000 747	.280** .000 750	.001 .971 698	.177** .000 688	-.004 .908 730	.405** .000 745	.435** .000 747	.453** .000 737	.565** .000 734	1 .000 755	.228** .000 730	.176** .000 716	.206** .000 724	.277** .000 713
VR064 VP Telefonisch goed bereikbaar	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.320** .000 2052	-.005 .808 2069	.260** .000 2047	.327** .000 2047	.371** .000 2052	.024 .291 1916	.129** .000 1876	.017 .444 1974	.245** .000 2024	.327** .000 2037	.317** .000 2010	.287** .000 1991	.228** .000 730	1 .000 2069	.297** .000 1994	.336** .000 2004	.373** .000 1985
VR065 VP Binnen 15 minuten in spreekkamer	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.232** .000 2073	.036 .103 2091	.200** .000 2075	.231** .000 2070	.267** .000 2080	.068** .003 1942	.116** .000 1899	.051** .021 2002	.212** .000 2049	.204** .000 2065	.195** .000 2039	.237** .000 2018	.176** .000 716	.297** .000 1994	1 .000 2091	.307** .000 2058	.294** .000 2031
VR066 VP LOCATIE-Medewerkers Met beleefdheid en respect	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.409** .000 2087	-.037 .086 2105	.313** .000 2089	.434** .000 2083	.480** .000 2093	.047** .037 1956	.138** .000 1912	.070** .002 2016	.270** .000 2062	.319** .000 2078	.294** .000 2052	.270** .000 2032	.206** .000 724	.336** .000 2004	.307** .000 2058	1 .000 2105	.628** .000 2061
VR067 VP LOCATIE-Medewerkers Behulpzaam	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.431** .000 2082	-.005 .832 2099	.305** .000 2085	.435** .000 2080	.441** .000 2087	.090** .000 1951	.132** .000 1911	.088** .000 2014	.252** .000 2058	.328** .000 2075	.328** .000 2050	.278** .000 2024	.277** .000 713	.294** .000 2031	.288** .000 2061	1 .000 2099	

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 14d.

Samenhang tussen verschillende items betreffende de diëtist: Pearson correlatiecoëfficiënten

		Correlations															
		VR071 DT Seriesus genomen	VR072 DT Luisterde met aandacht	VR073 DT Legde dingen begrijpelijk uit	VR074 DT Respect voor wat u te zeggen had	VR075 DT Besteedde voldoende tijd aan u	VR076REC DT Moeilijk te praten-begrijp en door taal verschil (recoded)	VR077 DT Afstemming zorg andere zorgverleners	VR078REC DT Tegenstrijdige informatie (recoded)	VR079 DT Bespreken bloedglucos e-regulatie	VR080 DT Goede diabetes voorzichting	VR081 DT Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	VR082 DT Bespreking huidige behandeling nog optimaal	VR084 DT Telefonisch goed bereikbaar	VR085 DT Binnen 15 minuten in sprekkamer	VR086 DT LOCATIE-Med ewerkers Met beleefdheid en respect	VR087 DT LOCATIE-Me dewerkers Behulpzaam
VR071 DT Seriesus genomen	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .946	-.035 .286 946	.584** .000 936	.712** .000 931	.682** .000 938	.006 .866 863	.262** .000 865	.142** .000 876	.337** .000 899	.524** .000 920	.535** .000 906	.388** .000 887	.479** .000 841	.270** .000 892	.457** .000 872	.465** .000 855
VR072 DT Luisterde met aandacht	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.035 .286 946	1 .989	-.024 .471 938	.028 .390 933	.012 .718 941	.035 .304 870	-.095** .005 871	-.055 .103 882	-.031 .349 904	-.048 .144 925	-.056 .093 911	-.019 .570 890	.039 .260 845	-.054 .108 896	.002 .944 875	.012 .735 857
VR073 DT Legde dingen begrijpelijk uit	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.584** .000 936	-.024 .471 938	1 .938	.623** .000 930	.611** .000 935	.090** .008 861	.304** .000 863	.112** .001 876	.322** .000 896	.493** .000 918	.458** .000 904	.360** .000 884	.474** .000 840	.271** .000 889	.383** .000 871	.384** .000 853
VR074 DT Respect voor wat u te zeggen had	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.712** .000 931	.028 .390 933	.623** .000 930	1 .933	.739** .000 931	.036 .287 857	.258** .000 859	.118** .000 871	.340** .000 893	.526** .000 913	.521** .000 900	.394** .000 880	.476** .000 836	.279** .000 885	.447** .000 867	.435** .000 848
VR075 DT Besteedde voldoende tijd aan u	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.682** .000 938	.012 .718 941	.611** .000 935	.739** .000 931	1 .941	.055 .104 860	.265** .000 864	.116** .001 876	.377** .000 898	.562** .000 919	.517** .000 905	.424** .000 885	.501** .000 840	.339** .000 890	.441** .000 872	.434** .000 853
VR076REC DT Moeilijk te praten-begrijpen door taal verschil (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.006 .866 863	.035 .304 870	.090** .008 861	.036 .287 856	.055 .104 860	1 .938 870	.397** .000 826	-.071* .041 838	.016 .633 853	.002 .962 846	-.030 .387 829	.020 .577 787	.081* .020 827	.087* .013 812	.075* .033 802	
VR077 DT Afstemming zorg andere zorgverleners	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.262** .000 865	-.095** .005 871	.304** .000 863	.258** .000 859	.265** .000 864	.003 .938 826	1 .943 853	-.002 .000 882	.283** .000 860	.278** .000 872	.309** .000 856	.274** .000 842	.265** .000 797	.151** .000 839	.184** .000 823	.198** .000 812
VR078REC DT Tegenstrijdige informatie (recoded)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.142** .000 876	-.055 .103 882	.112** .001 876	.118** .001 876	.116** .001 876	.397** .000 832	-.002 .943 853	1 .083 882	-.059 .043 860	.069* .028 872	.075* .028 851	-.004 .427 801	.025 .427 848	.027 .018 848	.082* .018 829	.106** .003 816
VR079 DT Bespreken bloedglucose-regulatie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.337** .000 899	-.031 .349 904	.322** .000 896	.340** .000 893	.377** .000 898	-.071* .041 838	.283** .000 848	-.059 .083 860	1 .904	.534** .000 896	.537** .000 885	.549** .000 871	.355** .000 820	.181** .000 865	.279** .000 847	.283** .000 831
VR080 DT Goede diabetes voorlichting	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.524** .000 920	-.048 .144 925	.493** .000 918	.526** .000 913	.562** .000 919	.016 .633 853	.278** .000 860	.069* .043 872	.534** .000 896	1 .925	.678** .000 903	.552** .000 884	.431** .000 836	.241** .000 884	.372** .000 865	.375** .000 850
VR081 DT Goede begeleiding dagelijks omgang diabetes	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.535** .000 906	-.056 .093 911	.458** .000 904	.521** .000 900	.517** .000 905	.002 .962 846	.309** .000 856	.075* .028 864	.537** .000 885	.678** .000 903	1 .911	.620** .000 882	.475** .000 831	.258** .000 876	.396** .000 858	.391** .000 844
VR082 DT Bespreking huidige behandeling nog optimaal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.388** .000 887	-.019 .570 890	.360** .000 884	.394** .000 880	.424** .000 885	-.030 .387 829	.274** .000 842	-.004 .896 851	.549** .000 871	.552** .000 884	.620** .000 882	1 .890	.411** .000 819	.232** .000 861	.299** .000 847	.273** .000 832
VR084 DT Telefonisch goed bereikbaar	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.479** .000 841	.039 .260 845	.474** .000 840	.476** .000 836	.501** .000 840	.020 .577 787	.265** .000 797	.025 .479 801	.355** .000 820	.431** .000 836	.475** .000 831	.411** .000 819	1 .845	.391** .000 820	.419** .000 803	.449** .000 792
VR085 DT Binnen 15 minuten in spreekkamer	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.270** .000 892	-.054 .108 896	.271** .000 889	.279** .000 885	.339** .000 890	.081* .020 827	.151** .000 839	.027 .427 848	.181** .000 865	.241** .000 884	.258** .000 876	.232** .000 861	.391** .000 820	1 .896	.352** .000 847	.357** .000 834
VR086 DT LOCATIE-Medewerkers Met beleefdheid en respect	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.457** .000 872	.002 .944 875	.383** .000 871	.447** .000 867	.441** .000 872	.087** .013 812	.184** .000 823	.082* .018 829	.279** .000 847	.372** .000 865	.396** .000 858	.299** .000 847	.419** .000 803	.292** .000 847	1 .875	.751** .000 848
VR087 DT LOCATIE-Medewerkers Behulpzaam	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.465** .000 855	.012 .735 857	.384** .000 853	.435** .000 848	.434** .000 853	.075** .033 802	.198** .000 812	.106** .003 816	.283** .000 831	.375** .000 850	.391** .000 844	.273** .000 832	.449** .000 792	.357** .000 834	.751** .000 848	1 857

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Bijlage 4

Tabel 15. Correlaties (Spearman's rho) tussen uitkomstvariabelen en organisatieniveau

		PRESTAT organisatieniveau monitoren/aansturen	ORGANI organisatieniveau
PRESTAT organisatieniveau monitoren/aansturen	rho	1,000	,525(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	3696	3696
DIABETESZORG: WELK CIJFER GEEFT U?	rho	,000	-,048(**)
	Sig. (2-tailed)	,989	,006
	N	3168	3246
ZORGVERZEKERAAR: WELK CIJFER GEEFT U	rho	-,016	-,044(**)
	Sig. (2-tailed)	,366	,009
	N	3353	3437
REISCON gemiddelde schaalscore problemen reistijd voor controles	rho	,041(*)	-,062(**)
	Sig. (2-tailed)	,021	,000
	N	3131	3203
RHAINTER gemiddelde schaalscore HA-patient interactie	rho	,005	-,056(**)
	Sig. (2-tailed)	,806	,005
	N	2415	2483
RHADIACO gemiddelde schaalscore HA-diabetes specifieke communicatie	rho	-,014	-,063(**)
	Sig. (2-tailed)	,516	,003
	N	2214	2278
RHABEREI gemiddelde schaalscore HA-bereikbaarheid/bejegening	rho	-,015	-,129(**)
	Sig. (2-tailed)	,479	,000
	N	2278	2342
VR024 HA global rating	rho	-,005	-,074(**)
	Sig. (2-tailed)	,812	,000
	N	2484	2552
RININTER gemiddelde schaalscore IN-patient interactie	rho	,004	-,009
	Sig. (2-tailed)	,901	,765
	N	1000	1023
RINDIACO gemiddelde schaalscore IN-diabetes specifieke communicatie	rho	-,042	-,029
	Sig. (2-tailed)	,196	,368
	N	964	987
RINBEREI gemiddelde schaalscore IN-bereikbaarheid/bejegening	rho	,005	-,061
	Sig. (2-tailed)	,874	,067

		PRESTAT organisatielevel monitoren/aansturen	ORGANI organisatielevel
	N	872	894
VR046 IN global rating	rho	,025	,029
	Sig. (2-tailed)	,432	,352
	N	1009	1032
RVPINTER gemiddelde schaalscore VP-patient interactie	rho	,017	-,051(*)
	Sig. (2-tailed)	,425	,020
	N	2080	2108
RVPDIACO gemiddelde schaalscore VP-diabetes specifieke communicatie	rho	,006	-,076(**)
	Sig. (2-tailed)	,778	,001
	N	1963	1990
RVPBEREI gemiddelde schaalscore VP-bereikbaarheid/bejegening	rho	,038	-,085(**)
	Sig. (2-tailed)	,098	,000
	N	1861	1885
VR068 VP global rating	rho	-,007	-,039
	Sig. (2-tailed)	,744	,072
	N	2079	2106
RDTINTER gemiddelde schaalscore DT-patient interactie	rho	,017	-,031
	Sig. (2-tailed)	,620	,346
	N	878	901
RDTDIACO gemiddelde schaalscore DT-diabetes specifieke communicatie	rho	,016	-,002
	Sig. (2-tailed)	,646	,961
	N	816	837
RDTBEREI gemiddelde schaalscore DT-bereikbaarheid/bejegening	rho	,019	-,076(*)
	Sig. (2-tailed)	,607	,037
	N	732	751
VR088 DT global rating	rho	-,001	-,010
	Sig. (2-tailed)	,985	,762
	N	881	903

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).