

Indicatorenset Benigne Prostaat Hyperplasie

Uitvraag 2011

Inhoudsopgave Benigne Prostaat Hyperplasie

Overzicht indicatoren Benigne Prostaat Hyperplasie en invulformulier	3
Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	8
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	9
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Benigne Prostaat Hyperplasie	11
3. Lijst te verzamelen variabelen	21
Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen	27
Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren	28
Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde	35
Deel 2: Klantpreferentievragen	43
1. Klantpreferentievragen Benigne Prostaat Hypertrofie	44
Afkortingenlijst	48

1. Overzicht indicatoren Benigne Prostaat Hyperplasie en invulformat

In dit hoofdstuk vindt u alle indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg voor deze aandoening uitgevraagd worden. U kunt dit overzicht gebruiken om in uw ziekenhuis te verspreiden. In de laatste kolom kunnen indicatorwaarden worden ingevuld. Ook is er ruimte om een opmerking/toelichting te plaatsen over de indicator(waarden).

Zorginhoudelijke indicatoren:

1. International Prostate Symptom Score (IPSS)	
Teller: Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie IPSS is gebruikt bij de initiële diagnostiek	
Noemer: Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH	
Percentage nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie IPSS is gebruikt bij de initiële diagnostiek	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

2. Uroflowmetrie en residubepaling	
Teller: Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie uroflowmetrie en echografische residubepaling hebben plaatsgevonden als onderdeel van de initiële diagnostiek	
Noemer: Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH	
Percentage nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie uroflowmetrie en echografische residubepaling hebben plaatsgevonden als onderdeel van de initiële diagnostiek	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

3. Mictielijst	
Teller: Aantal Percentage nieuwe patiënten met LUTS/BPH waarbij een mictielijst is gebruikt als aanvulling op de initiële diagnostiek	
Noemer: Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH	
Percentage nieuwe patiënten met LUTS/BPH waarbij een mictielijst is gebruikt als aanvulling op de initiële diagnostiek	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

4. Ligduur na TURP	
Aantal opnamedagen (gemiddelde, mediaan, minimum, maximum) vanaf de datum van TURP tot aan de datum van ontslag uit het ziekenhuis voor patiënten met LUTS/BPH	<input type="checkbox"/> Gemiddeld: ... dagen <input type="checkbox"/> Mediaan: ... dagen <input type="checkbox"/> Minimum: ... dagen <input type="checkbox"/> Maximum: ... dagen
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

5. Heropname na TURP	
Teller: Aantal patiënten met LUTS/BPH dat binnen 30 dagen na TURP is heropgenomen	
Noemer: Alle patiënten met LUTS/BPH die TURP hebben ondergaan	
Percentage patiënten met LUTS/BPH dat binnen 30 dagen na TURP is heropgenomen	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Klantpreferentievragen:

Vraag 1	<p>A. Vul in hoeveel patiënten met benigne prostaathypertrofie er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door het specialisme urologie.</p> <p>- Het aantal urologen op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met benigne prostaathypertrofie behandelt (<u>aantal personen</u>) ___ urologen</p> <p>- Het aantal patiënten met benigne prostaathypertrofie dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme urologie ___ patiënten</p> <p>B. Vul in of het specialisme urologie op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werkt.</p>													
	<table border="1"><thead><tr><th>Specialisme</th><th colspan="2">coassistenten</th><th colspan="2">ANIOS</th><th colspan="2">AIOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Urologie</td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> nee</td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> nee</td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> nee</td></tr></tbody></table>	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS									
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee								

Opmerking over indicator:

Toelichting bij de data (voor openbare database):

Vraag 2	<p>Zijn er bij de behandeling en/of verzorging van patiënten met benigne prostaathypertrofie standaard een of meerdere verpleegkundigen betrokken die zijn gespecialiseerd in benigne prostaathypertrofie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 3	<p>Hebben patiënten met benigne prostaathypertrofie op uw ziekenhuislocatie één vaste uroloog?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 4	<p>Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt voor patiënten met benigne prostaathypertrofie?</p> <p> <input type="checkbox"/> De behandelend uroloog <input type="checkbox"/> Een urologisch verpleegkundige, incontinentieverpleegkundige of verpleegkundig specialist/nurse practitioner <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ____ </p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 5	<p>Biedt uw ziekenhuislocatie patiënten met (een verdenking op) benigne prostaathypertrofie de mogelijkheid om alle benodigde diagnostische onderzoeken op één dag te ondergaan?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee </p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 6	<p>Worden patiënten die op uw ziekenhuislocatie een TURP of open prostatectomie ondergaan hebben na ontslag uit het ziekenhuis standaard gebeld door een verpleegkundige of arts, om te controleren hoe het herstel verloopt?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee </p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 7

Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met benigne prostaathypertrofie

Methode Onderwerp	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website)	Anders, namelijk —	Geen informatie
De doorlooptijd van het proces van onderzoek, behandeling en herstel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorzaken van goedaardige prostaatvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie zelf aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie niet zelf aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn en pijnbestrijding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksueel functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voedingsadviezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodieke controles en het belang daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Opmerking over indicator:

Toelichting bij de data (voor openbare database):

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Benigne Prostaat Hyperplasie

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de indicatorenset Benigne Prostaat Hyperplasie (BPH) bestond uit de volgende personen:

NVU: Dhr. Drs. C. van de Beek, uroloog, Academisch Ziekenhuis Maastricht (voorzitter)

Dhr. Dr. H.H.E. van Melick, uroloog, Sint Antonius Ziekenhuis

ZN: Dhr. Drs. G. van Hoof, medisch adviseur, CZ zorgverzekeraar

NPCF: Dhr. Drs. J.A. Mulder, beleidsmedewerker NPCF

Afstemming met bestaande richtlijn

Bij het ontwikkelen van deze indicatoren is de NVU richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van LUTS/BPH' (2006) gebruikt als achtergrondinformatie.

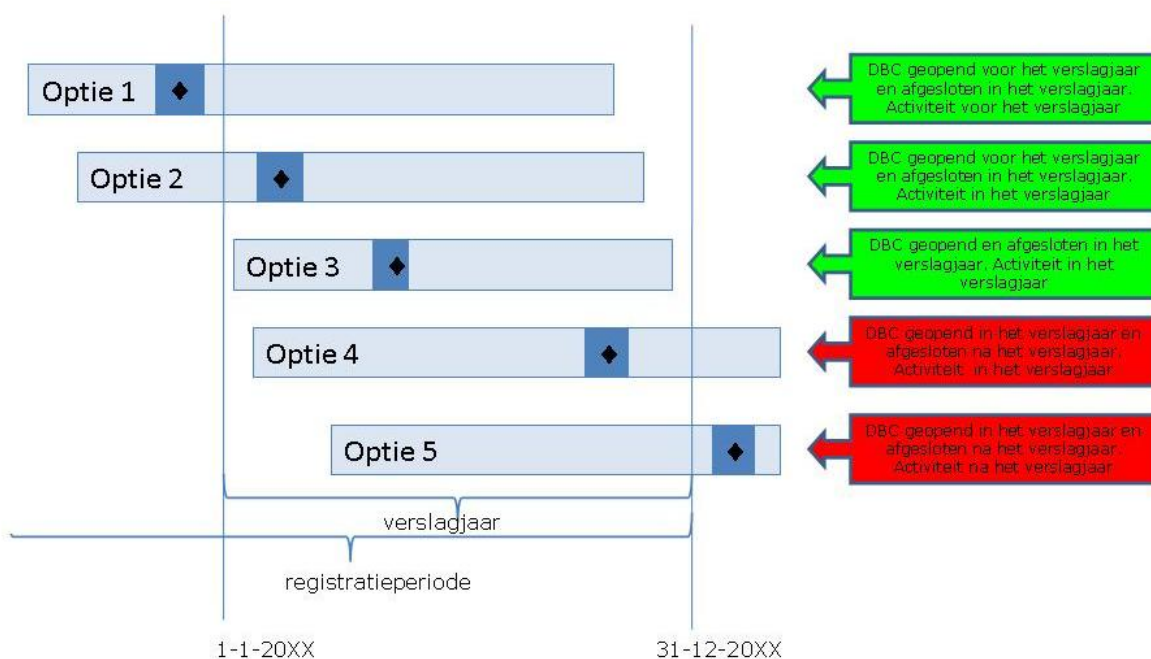
Populatiebepaling BPH

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor alle Zichtbare Zorg indicatorensets is als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van gesloten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

De populatie voor de indicatorenset BPH bestaat uit het aantal patiënten bij wie op enig moment in het verslagjaar een DBC wordt afgesloten die voldoet aan:

- De DBC-codes
0306.11.04.41 (Nieuwe patiënten met LUTS (lower urinary tract symptoms)/BPH) en/of
0306.21.04.41 (Patiënten met LUTS/BPH in een vervoltraject)
- Het gaat om patiënten ouder dan 50 jaar.
- In- en exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets in hoofdstuk 2.

De indicatoren worden meegenomen in het verslagjaar waarin de DBC's worden gesloten (zie figuur). De lichtblauwe balk geeft de DBC weer en het zwarte puntje in de donkerblauwe balk de activiteit c.q. verrichting. Om geïncludeerd te kunnen worden, moet een DBC gesloten zijn voor het einde van het verslagjaar. De registratieperiode kan echter al wel voor het begin van het verslagjaar zijn begonnen.



Parallele DBC's/CTG's worden meegenomen. Om dubbelregistratie te voorkomen, dient geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst en rekenregels (tabellen 1 en 2).

In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken, heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of comorbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan de DBC. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor comorbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

2. Zorginhoudelijke indicatoren BPH

Indicator 1: International Prostate Symptom Score (IPSS)	
Relatie tot kwaliteit	Symptoomscores kunnen gebruikt worden voor het kwantificeren van de ernst van mictieklachten en de door de patiënt ervaren hinder. De International Prostate Symptom Score (IPSS) is de meest gebruikte en best gedocumenteerde symptoomscore. Meerdere richtlijnen bevelen aan de IPSS te gebruiken bij de initiële diagnostiek van mictieklachten bij oudere mannen. Er is een duidelijk prognostische waarde ten aanzien van diverse behandelopties.
Operationalisatie	Percentage nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie IPSS is gebruikt bij de initiële diagnostiek
Teller	Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie IPSS is gebruikt bij de initiële diagnostiek
Noemer	Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH
Definitie(s)	n.v.t.
In- en exclusiecriteria	Inclusie: nieuwe patiënten, ouder dan 50 jaar
Bron	DBC-registratie en EPD/zorgdossier
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, doelmatigheid

Rekenregels

Indicator 1	International Prostate Symptom Score (IPSS)	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde patiënten of IPSS gebruikt is bij de initiële diagnostiek.	# patiënten noemer waarvoor BPH5 geldt
Noemer	Bepaal de populatie door het aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH te achterhalen. Selecteer de patiënten ouder dan 50 jaar.	# patiënten waarvoor BPH2 geldt en waarvoor geldt BPH14 > 50 jaar

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De IPSS is een van de meest gebruikte symptoomscores, en bestaat uit zeven door de American Urological Association (AUA) ontwikkelde en gevalideerde items over het plasgedrag van de patiënt gedurende de afgelopen maand (Barry, 1992).

De IPSS is een gestandaardiseerde inventarisatie van ernst en soort van mictieklachten. Het is aangetoond dat de IPSS sensitief is voor veranderingen in het verloop van mictieklachten, al dan niet behandeld (NVU, 2006). Bij patiënten met milde klachten kan op basis van de IPSS-score gekozen worden voor afwachtend beleid ('watchful waiting') (Roehrborn, 2002). Ook kan IPSS een eventuele afname van symptomen na behandeling voorspellen (Roehrborn, 2001). Patiënten met een IPSS-score van 17 of hoger hebben namelijk 87% kans dat zij een substantiele symptoomverlichting ervaren na operatie (Meigs, 2001).

Meerdere richtlijnen bevelen aan de IPSS te gebruiken bij de initiële diagnostiek van mictieklachten bij oudere mannen (Madersbacher, 2004; NVU, 2006). Een systematische analyse van klachten heeft namelijk een toegevoegde waarde voor de zorg voor patiënten met LUTS/BPH (NVU, 2006). De IPSS heeft bovendien een prognostische waarde ten aanzien van

diverse behandelopties en kan gebruikt worden om het effect van een behandeling te monitoren (Madersbacher, 2004).

Mogelijkheden tot verbetering

De indicator moet leiden tot een groter aantal patiënten met LUTS/BPH bij wie de IPSS gebruikt wordt bij de initiële diagnostiek. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er worden geen beperkingen bij gebruik en interpretatie verwacht.

Validiteit

Voor de NVU-richtlijn (2006) zijn verschillende artikelen rond dit onderwerp bestudeerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de IPSS goed bruikbaar is voor een inschatting van de ernst van de symptomen en het volgen van het beloop ervan met of zonder behandeling. De mate van bewijskracht is B dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek of patiënt-controleonderzoek).

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbetering van de kwaliteit van zorg kan registreren.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

De werkgroep verwacht geen verstoringen door verschillen in case-mix. Het gebruik van de IPSS is bij elke patiënt belangrijk.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De teller is niet automatisch af te leiden uit het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) en moet handmatig worden opgezocht op basis van de patiëntenpopulatie van de noemer. Wel kan het bepalen van deze indicator gecombineerd worden met het bepalen van indicator 3 (mictielijst).

Referenties

- Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. *J of Urol* 1992;148:1549-57.
- Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, De la Rosette JJ. . EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol* 2004;46:547-54.
- Meigs JB, Mohr B, Barry MJ, Collins MM, McKinlay JB. Risk factors for clinical benign prostatic hyperplasia in a community-based population of healthy aging men. *J Clin Epidemiol* 2001;54:935-44.
- Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn Diagnostiek en behandeling LUTS/BPH. Alphen aan den Rijn, 2006: Van Zuiden Communications.
- Roehrborn CG, Malice MP, Cook TJ, Girman CJ. Clinical predictors of spontaneous acute urinary retention in men with LUTS and clinical BPH: A comprehensive analysis of the pooled placebo groups of several large clinical trials. *Urology* 2001;58:210-6.
- Roehrborn CG, McConnell JD, Saltzman B, Bergner D, Gray T, Narayan P, Cook TJ, Johnson-Levonas AO, Quezada WA, Waldstreicher J..Pless Study Group. Proscar Long-term Efficacy and Safety study. Storage (irritative) and voiding (obstructive) symptoms as predictors of benign prostatic hyperplasia progression and related outcomes. *Eur Urol* 2002;42:1-6.

Indicator 2: Uroflowmetrie en residubepaling

Relatie tot kwaliteit	Uroflowmetrie (of straalkrachtmeting) is een niet-invasief onderzoek waarbij de kenmerken van de urinestroom tijdens mictie elektronisch worden vastgelegd. Met dit onderzoek kan op eenvoudige en niet-invasieve wijze een onderscheid worden gemaakt tussen een normale en een abnormale mictie. Uroflowmetrie direct gevolgd door residubepaling middels echografisch onderzoek kan differentiaal diagnostisch belangrijke informatie verschaffen, zoals aanwijzingen voor urethrastricturen en bekkenbodempdisfunctie. Deze informatie is belangrijk voor de in te zetten behandeling.
Operationalisatie	Percentage nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie uroflowmetrie en echografische residubepaling hebben plaatsgevonden als onderdeel van de initiële diagnostiek
Teller	Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH bij wie uroflowmetrie en echografische residubepaling hebben plaatsgevonden als onderdeel van de initiële diagnostiek
Noemer	Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH
Definitie(s)	n.v.t.
In- en exclusiecriteria	Inclusie: nieuwe patiënten, ouder dan 50 jaar
Bron	DBC- en CTG-registratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid en doelmatigheid

Rekenregels

Indicator 2	Uroflowmetrie en residubepaling	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde patiënten of uroflowmetrie en echografische residubepaling gebruikt zijn bij de initiële diagnostiek.	# patiënten noemer # waarvoor BPH6 en BPH7 gelden
Noemer	Bepaal de populatie door het aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH te achterhalen. Selecteer de patiënten ouder dan 50 jaar.	# patiënten waarvoor BPH2 geldt en waarvoor geldt BPH14 > 50 jaar

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Uroflowmetrie (of straalkrachtmeting) is een niet-invasief onderzoek waarbij de kenmerken van de urinestroom tijdens mictie elektronisch worden vastgelegd. Met dit onderzoek kan op eenvoudige en niet-invasieve wijze een onderscheid worden gemaakt tussen een normale en een abnormale mictie (Madersbacher, 2004). Om na te gaan in hoeverre het geplaste volume representatief is voor de patiënt, wordt het gebruik van mictielijsten geadviseerd (NVU, 2006). Aansluitend aan uroflowmetrie is echografische residubepaling zinvol. Residubepaling door middel van echografisch onderzoek is weinig belastend voor de patiënt en kan redelijk eenvoudig worden vastgesteld. Met behulp van ultrageluidsgolven wordt het urinevolume na mictie gemeten. De aanwezigheid van residu na mictie kan wijzen op obstructie in de vorm van een vergrote prostaat (NVU, 2006). De gegevens over de waarde van echografische residubepaling voor de diagnostiek bij LUTS/BPH zijn niet eenduidig. Enkele onderzoeken laten zien dat een groot residu vooral wordt geassocieerd met blaascontractiestoornissen (Abrams, 1979; Andersen, 1982; Jensen, 1988). Andere onderzoeken geven echter aan dat de

hoeveelheid residu in combinatie met andere parameters, zoals uroflowmetrie, wel waardevol is (Sonke, 2000).

De richtlijn beveelt residubepaling door echografisch onderzoek direct na uroflowmetrie aan als onderdeel van de initiële diagnostiek van patiënten met LUTS/BPH (NVU, 2006). Uroflowmetrie en echografische residubepaling kunnen differentiaal diagnostisch belangrijke informatie verschaffen, zoals aanwijzingen voor urethrastricturen en bekkenbodempdisfunctie.

Mogelijkheden tot verbetering

De indicator moet leiden tot een groter aantal patiënten met LUTS/BPH bij wie uroflowmetrie en echografische residubepaling gebruikt worden bij de initiële diagnostiek. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er worden geen beperkingen bij gebruik en interpretatie verwacht.

Validiteit

Voor de NVU-richtlijn (2006) zijn verschillende artikelen rond dit onderwerp bestudeerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat uroflowmetrie en echografische residubepaling goed bruikbaar zijn om een onderscheid te maken tussen normale en abnormale mictie. De mate van bewijskracht is B dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek of patiënt-controleonderzoek).

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbetering van de kwaliteit van zorg kan registreren.

Minimale bias/beschrijving relevante case- mix

De werkgroep verwacht geen versturende effecten door verschillen in case-mix. Uroflowmetrie en echografische residubepaling zouden bij iedere patiënt tot de initiële diagnostiek moeten behoren.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De gegevens voor deze indicator worden structureel vastgelegd, en kunnen automatisch afgeleid worden uit het ZIS.

Referenties

- Abrams PH, Griffiths DJ. The assessment of prostatic obstruction from urodynamic measurements and from residual urine. *Br J Urol* 1979;51:129-34.
- Andersen JT.. Detrusor hyperreflexia and residual urine. Clinical and urodynamic aspects and the influence of surgery on the prostate. *Scand J Urol Nephrol* 1982;16:25-30.
- Jensen KM-E, Jørgensen JB, Mogensen P. Urodynamics in prostatism III. Prognostic value of medium-fill water cystometry. *Scand J Urol Nephrol* 1988;114:S78-83.
- Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, De la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol* 2004;46:547-54.
- Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn Diagnostiek en behandeling LUTS/BPH. Alphen aan den Rijn, 2006: Van Zuiden Communications.
- Sonke GS, Heskes T, Verbeek AL, De la Rosette JJ, Kiemeny LA. Prediction of bladder outlet obstruction in men with lower urinary tract symptoms using artificial neural networks. *J Urol* 2000;163:300-5.

Indicator 3: Mictielijst	
Relatie tot kwaliteit	Het gebruik van mictielijsten kan het plaspatroon en de mictieklachtenobjectiveren. Dit wordt gezien als een waardevolle aanvulling op de initiële diagnostiek van patiënten met LUTS/BPH. Op eenvoudige wijze ontstaat dan namelijk inzicht in het mictiepatroon zoals dat in de thuissituatie bestaat en dat is belangrijk voor het in te zetten beleid.
Operationalisatie	Percentage nieuwe patiënten met LUTS/BPH waarbij een mictielijst is gebruikt als aanvulling op de initiële diagnostiek
Teller	Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH waarbij een mictielijst is gebruikt als aanvulling op de initiële diagnostiek
Noemer	Aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH
Definitie(s)	n.v.t.
In- en exclusiecriteria	Inclusie: nieuwe patiënten, ouder dan 50 jaar
Bron	DBC-registratie en EPD/zorgdossier
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, doelmatigheid

Rekenregels

Indicator 3	Mictielijst	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde patiënten of een mictielijst is gebruikt als aanvulling op de initiële diagnostiek.	# patiënten noemer waarvoor BPH8 geldt
Noemer	Bepaal de populatie door het aantal nieuwe patiënten met LUTS/BPH te achterhalen. Selecteer de patiënten ouder dan 50 jaar.	# patiënten waarvoor BPH2 geldt en waarvoor geldt BPH14 > 50 jaar

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Mictielijsten (ook wel 24-uurs plasdagboeken genoemd) verschaffen op eenvoudige en gestandaardiseerde wijze inzicht in het plaspatroon van de patiënt in de thuissituatie en kunnen een waardevolle aanvulling zijn op de evaluatie van LUTS (Abrams, 1996; Reynard, 1998). Mictielijsten kunnen worden gebruikt voor het beoordelen van de representativiteit van het geplaste volume bij uroflowmetrie (Reynard, 1998). Onderzoek bij mannen met LUTS/BPH laat zien dat 85% van hen betrouwbare gegevens kan verschaffen over de mictiefrequentie, nycturie, geplaste volumina en vochtinname aan de hand van een mictielijst (Gisolf, 2000). Er zijn dus aanwijzingen voor een correlatie van de gegevens uit mictielijsten met symptomen zoals frequentie en nycturie (van Venrooij, 2001) en met de mate van infravesicale obstructie (van Venrooij, 2002).

In internationale richtlijnen wordt het gebruik van mictielijsten aanbevolen om het plaspatroon en de mictieklachten te objectiveren (Madersbacher, 2004; AUA, 2003; NHMRC, 2000). Ook de NVU richtlijn (2006) beschouwt mictielijsten als een waardevolle aanvulling op de initiële diagnostiek van patiënten met LUTS/BPH. De gegevens kunnen worden gebruikt bij de beoordeling van de representativiteit van uroflowmetrie.

Mogelijkheden tot verbetering

De indicator moet leiden tot een groter aantal patiënten met LUTS/BPH bij wie gebruik wordt gemaakt van een mictielijst bij de initiële diagnostiek. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De werkgroep verwacht geen beperkingen bij gebruik en interpretatie.

Validiteit

Voor de NVU-richtlijn (2006) zijn verschillende artikelen rond dit onderwerp bestudeerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat mictielijsten goed bruikbaar zijn om inzicht te krijgen in het mictiepatroon van een patiënt. De mate van bewijskracht is B dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbetering van de kwaliteit van zorg kan registreren.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

De werkgroep geeft aan dat rekening gehouden moet worden met het feit dat oudere patiënten eventueel minder gebruik maken van een mictielijst.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De teller is niet automatisch af te leiden uit het ZIS en moet handmatig worden opgezocht op basis van de patiëntenpopulatie van de noemer. Wel kan het bepalen van deze indicator gecombineerd worden met het bepalen van indicator 1 (IPSS).

Referenties

- Abrams P, Klevmark B. Frequency volume charts: an indispensable part of lower urinary tract assessment. Scand J Urol Nephrol Suppl 1996;179:47-53.
- American Urological Association (AUA). Guideline on the management of benign prostatic hyperplasia (BPH). Baltimore (MD), 2003: American Urological Association, Inc.
- Gisolf KW, van Venrooij GE, Eckhardt MD, Boon TA. Analysis and reliability of data from 24-hour frequency-volume charts in men with lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. Euro Urol 2000;38:45-52.
- Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, De la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). Eur Urol 2004;46:547-54.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). The management of uncomplicated lower urinary tract symptoms in men. Canberra, 2000: Commonwealth of Australia.
- Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn Diagnostiek en behandeling LUTS/BPH. Alphen aan den Rijn, 2006: Van Zuiden Communications.
- Reynard JM, Yang Q, Donovan JL, Peters TL, Schäfer W, de la Rosette JJ, Dabhoiwala NF, Osawa D, Lim AT, Abrams P. The ICS-BPH study: uroflowmetry, lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction. Br J Urol 1998;82:619-23.
- van Venrooij GE, Eckhardt MD, Boon TA. Data from frequency-volume charts versus maximum free flow rate, residual volume, and voiding cystometric estimated urethral obstruction grade and detrusor contractility grade in men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. Neurourol Urodyn 2002;21:450-6.
- van Venrooij GE, Eckhardt MD, Gisolf KW, Boon TA. Data from frequency-volume charts versus symptom scores and quality of life score in men with lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. Eur Urol 2001;39:42-7.

Indicator 4: Ligduur na TURP	
Relatie tot kwaliteit	TURP wordt bij ongeveer 95% van de geopereerde patiënten met LUTS/BPH uitgevoerd en is dus een veelvoorkomende ingreep. Ligduur na TURP kan worden gezien als een indirecte maat voor kwaliteit van zorg. Een langere ligduur kan immers veroorzaakt worden door bijvoorbeeld een gecompliceerd postoperatief beloop of postoperatieve complicaties.
Operationalisatie	Aantal opnamedagen (gemiddelde, mediaan, minimum, maximum) vanaf de datum van TURP tot aan de datum van ontslag uit het ziekenhuis voor patiënten met LUTS/BPH
Definities	Mediaan: De middelste waarde uit een reeks Minimum en maximum: De laagste en hoogste waarde uit een reeks
In- en exclusiecriteria	Inclusie: patiënten ouder dan 50 jaar
Bron	DBC- en CTG-registratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Rekenregels

Indicator 4	Ligduur na TURP	Formule
Bepaal de populatie door het aantal patiënten met LUTS/BPH te achterhalen die een TURP hebben ondergaan. Selecteer de patiënten ouder dan 50 jaar.		Patiënten waarvoor BPH3 en BPH9 gelden en waarvoor geldt BPH14 > 50 jaar
Bereken vervolgens het gemiddelde, de mediaan, het maximum en het minimum van het aantal opnamedagen na TURP		MEAN (BPH15) MEDIAN (BPH15) MIN (BPH15) MAX (BPH15)

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Transurethrale resectie van de prostaat (TURP) is een invasieve ingreep die dient ter behandeling van mictieklachten. Gedurende deze behandeling wordt de prostaat via de plasbuis middels een verhit lusje kleiner gemaakt (NVU, 2006).

TURP wordt bij ongeveer 95% van de geopereerde patiënten met LUTS/BPH uitgevoerd, en is dus een veelvoorkomende ingreep (Madersbacher, 2004). Er zijn veel variabelen die van invloed zijn op de ligduur na TURP. Kwaliteit van zorg is een factor die hiervoor mede bepalend is (ACHS, 2009). Een Spaans onderzoek toonde aan dat het mogelijk is om opnameduur na TURP te verminderen zonder de kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid te beïnvloeden (Caballero Alcántara, 1997).

Ligduur na TURP is dus een indirecte maat voor kwaliteit die iets zegt over het postoperatieve beloop en eventuele direct postoperatieve complicaties. Voor de relatie tussen opnameduur en kwaliteit geldt een algemeen argument, namelijk dat een kortere opnameduur bij eenzelfde resultaat beter is, omdat dit patiëntvriendelijker en goedkoper is.

Doordat bij deze indicator de dagen vanaf de ziekenhuisopname tot aan de datum van TURP niet meegenomen worden, wordt de invloed van eventuele case-mixvariabelen (zoals diabetesregulatie of voorbereiding COPD voor TURP) beperkt. Dit zorgt voor zuiverdere

informatie dan wanneer de totale ligduur (vanaf datum ziekenhuisopname tot datum ontslag) meegenomen zou worden.

Mogelijkheden tot verbetering

Deze indicator moet leiden tot een beter inzicht in gemiddelde, mediaan en spreiding van opnamedagen na TURP. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen en dat er mogelijkheden zijn voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er worden geen beperkingen bij gebruik en interpretatie verwacht.

Validiteit

De mate van bewijskracht voor deze indicator is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat inzicht in gemiddelde, mediaan en spreiding van opnamedagen na TURP van belang is voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbetering van de kwaliteit van zorg kan registreren.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

De uitkomst van deze indicator is in bepaalde mate afhankelijk van case-mix, namelijk patiëntfactoren zoals leeftijd en comorbiditeit. Echter, gezien de grote aantallen verwacht de werkgroep dat de invloed van case-mix voor een groot deel uitgemiddeld wordt en dat gemiddelde, mediaan en spreiding van het aantal opnamedagen toch iets zeggen over kwaliteit en complicaties. De rol van outliers, bijvoorbeeld door comorbiditeit, moet apart beoordeeld worden.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De gegevens voor deze indicator worden structureel vastgelegd, en kunnen automatisch afgeleid worden uit het ZIS.

Referenties

- Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). (2009). ACHS clinical indicator users' manual 2009. Ultimo NSW, 2009: Australian Council on Healthcare Standards.
- Caballero Alcántara J, Padilla León M, Marchall Escalona C. Short hospital stay in the treatment of benign prostatic hyperplasia using transurethral resection. *Actas Urol Esp* 1997;21:758-64.
- Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, De la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol* 2004;46:547-54.
- Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn Diagnostiek en behandeling LUTS/BPH. Alphen aan den Rijn, 2006: Van Zuiden Communications.

Indicator 5: Heropname na TURP	
Relatie tot kwaliteit	Transurethrale resectie van de prostaat (TURP) is een invasieve ingreep die dient ter behandeling van mictieklachten en is een veel voorkomende ingreep. Het aantal patiënten met LUTS/BPH dat binnen 30 dagen na TURP weer wordt opgenomen is een indicatie voor de geleverde kwaliteit van zorg
Operationalisatie	Percentage patiënten met LUTS/BPH dat binnen 30 dagen na TURP is heropgenomen
Teller	Aantal patiënten met LUTS/BPH dat binnen 30 dagen na TURP is heropgenomen
Noemer	Aantal patiënten met LUTS/BPH die TURP hebben ondergaan
Definitie	Heropname kan gedefinieerd worden als een klinische episode voor een urologische DBC binnen 30 dagen na TURP
In- en exclusiecriteria	Inclusie: patiënten ouder dan 50 jaar
Bron	DBC- en CTG-registratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	Teller: 01-01-2010 tot en met 31-01-2011* Noemer: 01-01-2010 tot en met 31-12-2010*
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

*Let op: Omdat voor deze indicator tot 30 dagen na operatie moet worden gekeken, is het verslagjaar voor de teller van begin 2010 tot en met eind januari 2011. Voor de noemer loopt het verslagjaar van begin tot en met einde 2010.

Rekenregels

Indicator 5	Heropname na TURP	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde patiënten het aantal patiënten dat binnen 30 dagen na TURP een klinische episode voor een urologische DBC heeft gehad.	# patiënten noemer waarvoor geldt BPH16 < 30 dagen
Noemer	Bepaal de populatie door het aantal patiënten met LUTS/BPH te achterhalen die een TURP hebben ondergaan. Selecteer de patiënten ouder dan 50 jaar.	# patiënten waarvoor BPH3 en BPH9 gelden en waarvoor geldt BPH14 > 50 jaar

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Transurethrale resectie van de prostaat (TURP) is een invasieve ingreep die dient ter behandeling van mictieklachten. Gedurende deze behandeling wordt de prostaat via de plasbuis middels een verhit lusje kleiner gemaakt. TURP wordt bij ongeveer 95% van de geopereerde patiënten met LUTS/BPH uitgevoerd, en is dus een veelvoorkomende ingreep (Madersbacher, 2004). Het aantal heropnames wordt internationaal vaak gebruikt als indicatie voor de kwaliteit van zorg (Rumball-Smith, 2009) en kan significant gerelateerd worden aan kwaliteit van zorg. Het risico op vroege heropname wordt met 55% verhoogd als de kwaliteit van geleverde zorg lager dan gemiddeld is (Ashton, 1997). Deze indicator functioneert gedeeltelijk als een spiegelindicator van indicator 4 (ligduur). De werkgroep verwacht namelijk bij te snel ontslag eerder een heropname in verband met complicaties.

Mogelijkheden tot verbetering

Deze indicator moet leiden tot een beter inzicht in het aantal heropnames na TURP. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen en dat er voldoende mogelijkheden zijn voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De meeste indicatoren kunnen worden gelezen als hoe hoger de score des te beter de geleverde kwaliteit van zorg. Dit geldt niet voor deze indicator heropname. Hoe hoger de score op deze indicator hoe minder voldaan wordt aan goede zorg. Het is mogelijk om de score te lezen als (100-x) waarbij x de score is op de indicator. Dan geldt wel weer het principe 'hoe hoger de score' hoe beter de zorg.

Validiteit

De mate van bewijskracht voor deze indicator is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat inzicht in de spreiding van het aantal heropnames na TURP van belang is voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbetering van de kwaliteit van zorg kan registreren.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

De uitkomst van deze indicator is in bepaalde mate afhankelijk van case-mix, met name voor leeftijd en comorbiditeit. Echter, gezien de grote aantallen verwacht de werkgroep dat de invloed van case-mix voor een groot deel uitgemiddeld wordt en dat een gemiddelde per ziekenhuis toch iets zegt over kwaliteit en complicaties. De rol van outliers, bijvoorbeeld door comorbiditeit, moet apart beoordeeld worden.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De gegevens voor deze indicator worden structureel vastgelegd, en kunnen automatisch afgeleid worden uit het ZIS.

Referenties

- Ashton CM, Del Junco DJ, Soucek J, Wray NP, Mansyur CL. The association between the quality of inpatient care and early readmission: a meta-analysis of the evidence. *Med Care* 1997;35:1044-59.
- Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, De la Rosette JJ). EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol* 2004;46:547-54.
- Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. *N Z Med J* 2009;122:63-70.

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set BPH. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- **Variabele nummer:** Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- **Naam:** Naam/beschrijving van de variabele.
- **Vast te leggen waarde:** De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een behandelas van een DBC zijn, ja/nee of een datum.
- **Bron:** De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/ systeem wordt vastgelegd.
- **Instructie:** Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- **Nodig voor indicator:** Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Bij de indicatoren zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is: $\text{peildatum} - \text{geboortedatum} = \text{leeftijd}$.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variable	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
BPH0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is een uniek element dat de basis vormt om koppelingen te maken tussen registratiesystemen.	1: IPSS 2: Uroflowmetrie en residubepaling 3: Mictielijst 4: Ligduur na TURP 5: Heropname na TURP
BPH1	Geboortedatum	Geboortedatum: dd-mm-jjjj	ZIS	De geboortedatum van de betreffende patiënt wordt genoteerd.	1: IPSS 2: Uroflowmetrie en residubepaling 3: Mictielijst 4: Ligduur na TURP 5: Heropname na TURP
BPH2	Nieuwe patiënten met LUTS/BPH	DBC codering: 0306.11.04.4 1	DBC registratie	Nieuwe patiënten met LUTS/BPH worden geselecteerd.	1: IPSS 2: Uroflowmetrie en residubepaling 3: Mictielijst
BPH3	Patiënten met LUTS/BPH	DBC codering: 0306.11.04.4 1 0306.21.04.4 1	DBC registratie	Patiënten met LUTS/BPH worden geselecteerd.	4: Ligduur na TURP 5: Heropname na TURP

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
BPH4	Datum van openen DBC	Datum: dd-mm-jjjj	ZIS	De datum van openen DBC wordt genoteerd.	1: IPSS 2: Uroflowmetrie en residubepaling 3: Mictielijst 4: Ligduur na TURP 5: Heropname na TURP
BPH5	IPSS	IPSS: ja/nee	EPD/zorg- dossier	De patiënten met LUTS/BPH bij wie IPSS is gebruikt worden geselecteerd.	1: IPSS
BPH6	Uroflowmetrie	CTG codering: Uroflowmetrie 339866. Uroflowmetrie	Verrichtinge nregistratie	De patiënten met LUTS/BPH bij wie uroflowmetrie heeft plaatsgevonden worden geselecteerd.	2: Uroflowmetrie en residubepaling
BPH7	Echografische residubepaling	CTG codering: Echografische residubepaling 339488A. Echo van de blaas	Verrichtinge nregistratie	De patiënten met LUTS/BPH bij wie echografische residubepaling heeft plaatsgevonden worden geselecteerd.	2: Uroflowmetrie en residubepaling
BPH8	Mictielijst	Mictielijst: ja/nee	EPD/zorg- dossier	De patiënten met LUTS/BPH die een mictielijst hebben gebruikt worden geselecteerd.	3: Mictielijst
BPH9	Transurethrale resectie van de prostaat (TURP)	CTG codering: TURP 36520. Transurethrale prostaatresectie	Verrichtinge nregistratie	De patiënten met LUTS/BPH bij wie TURP heeft plaatsgevonden worden geselecteerd.	4: Ligduur na TURP 5: Heropname na TURP
BPH10	Datum van TURP	Datum van TURP: dd-mm-jjjj	ZIS of EPD/zorg- dossier	De datum van TURP dient genoteerd te worden.	4: Ligduur na TURP 5: Heropname na TURP
BPH11	Datum van ontslag uit het ziekenhuis na TURP	Datum van ontslag: dd-mm-jjjj	ZIS	De datum van ontslag uit het ziekenhuis na TURP dient genoteerd te worden.	4: Ligduur na TURP

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
BPH12	Klinische episode voor urologische DBC	DBC codering: Specialisme 0306. Urologie Zorgtype 11. Reguliere zorg 21. Vervolgtraject Zorgvraag 04. LUTS Diagnose 41. BPH 0306.11.04.41.113 en 0306.21.04.41.113 (conservatief met klinische episode) 0306.11.04.41.223 en 0306.21.04.41.223 (ov instrumenteel met klinische episode) 0306.11.04.41.226 en 0306.21.04.41.226 (KZD ov instrumenteel klinische episode) 0306.11.04.41.313 en 0306.21.04.41.313 (open operatie met klinische episode) 0306.11.04.41.316 en 0306.21.04.41.316 (KZD open operatie met klinische episode) 0306.11.04.41.323 en 0306.21.04.41.323 (endoluminale endoscopie operatie met klinische episode) 0306.11.04.41.326 en 0306.21.04.41.326 (KZD endoluminale	DBC registratie	De patiënten met een klinische episode voor een urologische DBC na TURP dienen geselecteerd te worden.	5: Heropname na TURP

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		endoscopie operatie met klinische episode)			
BPH13	Datum aanvang klinische episode voor urologische DBC	Datum aanvang klinische episode voor urologische DBC: dd-mm-jjjj	ZIS	De datum van aanvang van een klinische episode voor een urologische DBC dient genoteerd te worden.	5: Heropname na TURP

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatieregels	Nodig voor indicator
BPH14	Leeftijd in jaren	Datum van openen DBC – geboortedatum	BPH4 – BPH1	> 50 jaar	1: IPSS 2: Uroflowmetrie en residubepaling 3: Mictielijst 4: Ligduur na TURP 5: Heropname na TURP
BPH15	Aantal opnamedagen na TURP	Datum van ontslag uit het ziekenhuis – datum van TURP	BPH10 – BPH9		4: Ligduur na TURP
BPH16	Heropname na TURP binnen 30 dagen	Datum aanvang klinische episode voor urologische DBC – datum van TURP	BPH12 – BPH9	< 30 dagen	5: Heropname na TURP

Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke vereniging

De zorginhoudelijke indicatoren uit deze set zijn in 2010 geautoriseerd door:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie

Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
Afgevallen indicatoren na praktijktest en commentaarronde		
Percentage patiënten met LUTS/BPH dat volledige initiële diagnostiek heeft ontvangen (mictielijsten én IPSS én urine-kreatinine én uroflowmetrie én echografische residubepaling).	Proces	De belangrijkste reden voor afwijzing is de overlap met indicator 1 tot en met 3. Bovendien is deze indicator slecht registreerbaar doordat een combinatie van items moet zijn gedaan.
Percentage patiënten met LUTS/BPH dat aanvullende diagnostiek (beeldvormende diagnostiek van de hoge urinewegen, urethrocystoscopie, transrectale echografie van de prostaat, en/of pressure flow-onderzoek) heeft ontvangen.	Proces	Belangrijkste reden voor afwijzing is case-mix. Deze indicator zegt meer over patiëntkenmerken dan over kwaliteit van de zorg en kan dus niet als algemeen criterium voor de kwaliteit van de door het ziekenhuis geleverde zorg gelden.
Totale opnameduur in dagen voor patiënten met LUTS/BPH die behandeld zijn door middel van TURP.	Uitkomst	Deze indicator is minder belangrijk voor de kwaliteit van de door het ziekenhuis geleverde zorg dan indicator 4.
Percentage patiënten met LUTS/BPH met weinig klachten en/of hinder daarvan (IPSS < 8) waarbij afwachtend beleid is toegepast.	Uitkomst	Afwachtend beleid houdt in dat zowel geen operatie als geen medicatie gegeven wordt. Tot medicatiegegevens bij eerstelijnsapotheken hebben ziekenhuizen echter geen toegang. Bovendien staat in de definitie vermeld dat patiënten geselecteerd moeten worden aan de hand van IPSS. De werkgroep verwacht echter dat de IPSS-score niet van iedere patiënt bekend is.
Percentage patiënten met LUTS/BPH met geringe klachten en/of hinder daarvan (IPSS < 8) dat een chirurgische behandeling (TURP, TUIP, OP, TUVF, of laserbehandeling) heeft ondergaan.	Uitkomst	Belangrijkste reden voor afwijzing is de selectie op basis van IPSS-score. De werkgroep verwacht dat de IPSS-score niet van iedere patiënt bekend is.
Percentage patiënten met LUTS/BPH dat een absolute indicatie voor operatie had (terugkerende UWI's, bovenmatige hematuria en/of stenen in de blaas ten gevolge van BPH).	Uitkomst	Belangrijkste reden voor afwijzing is case-mix. Deze indicator zegt meer over patiëntkenmerken dan over kwaliteit van de zorg.

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
Afgevallen indicatoren na schriftelijke ronde		
Wordt bij de diagnose en behandeling van patiënten met LUTS/BPH gebruik gemaakt van de NVU richtlijn?	Proces	De werkgroep is van mening dat deze indicator niet meetbaar is.
Percentage patiënten waarbij een inschatting wordt gemaakt van de kans op BOO op basis van de prostaatgrootte en de bevindingen van de mictielijsten, uroflowmetrie en residubepaling	Proces	De indicator is moeilijk meetbaar
Percentage patiënten met LUTS waarbij gebruik wordt gemaakt van het algoritme voor diagnostiek en therapiekeuze	Proces	De indicator is moeilijk meetbaar
Percentage of patients having a TUR for benign prostatomegaly, who have a blood transfusion (intra-operatively or post-operatively) within the same admission, during the 6 month time period	Proces	Deze indicator valt af vanwege een te lage incidentie van bloedtransfusies. Deze indicator is niet discriminerend.
Percentage BPH-patiënten met complicaties die duidelijk aan prostaatvergroting toegeschreven kunnen worden dat chirurgische behandeling ondergaat	Proces	De werkgroep is van mening dat de meeste complicaties al omvat zijn in de indicatoren met betrekking tot heropname en operatieduur.
Percentage patiënten bij wie bepaling van het serumcreatininegehalte heeft plaatsgevonden bij de initiële diagnostiek van LUTS/BPH.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Worden de resultaten van mictielijsten steeds in combinatie met de gegevens uit andere onderzoeken geïnterpreteerd? <i>Ja/Nee</i>	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Worden bij de uitvoering en beoordeling van uroflowmetrie de regels in acht genomen zoals die geformuleerd zijn door de ICS voor 'good urodynamic practice'? <i>Ja/Nee</i>	proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Worden de resultaten van de residumeting steeds in combinatie met de gegevens uit andere onderzoeken geïnterpreteerd? <i>Ja/Nee</i>	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten bij wie transrectale echografie heeft plaatsgevonden als onderdeel van de aanvullende diagnostiek van LUTS/BPH, omdat de therapiekeuze een nauwkeurige bepaling van het volume en/of de vorm van de prostaat vereist	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten bij wie een <i>pressure-flow</i> -onderzoek met vullingscystometrie heeft plaatsgevonden als onderdeel van de aanvullende diagnostiek van LUTS/BPH	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Worden bij de uitvoering van een <i>pressure-flow</i> -onderzoek de International Continence Society-aanbevelingen (ICS) voor <i>good urodynamic practices</i> in acht	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
genomen?		
Wordt bij de evaluatie van een <i>pressure-flow</i> -onderzoek het ICS-monogram gebruikt?	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten bij wie UCS (urethrocystoscopie) als routine-ingreep is verricht als onderdeel van de initiële diagnostiek van LUTS/BPH.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met LUTS/BPH waarbij UCS is gebruikt voor de keuze van het type chirurgische interventie.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Komen de volgende aspecten aan bod bij de diagnose van BPH? Medische geschiedenis <i>Ja/Nee</i> , Symptomen <i>Ja/Nee</i> , Lichamelijk onderzoek <i>Ja/Nee</i>	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met LUTS en één van de volgende eigenschappen: geschiedenis van, of huidige urineweginfectie, geschiedenis van urinewegstenen, geschiedenis van een operatie aan de urinewegen, geschiedenis van een tumor aan de urinewegen, bloed in de urine, problemen bij het urineren, waarbij echografie van de hoge urinewegen plaatsvindt.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten met LUTS bij wie routinematig beeldvormende diagnostiek van de blaas en/of urinebuis is verricht als onderdeel van de initiële diagnostiek van BPH.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten bij wie endoscopie heeft plaatsgevonden als onderdeel van de aanvullende diagnostiek van LUTS/BPH, omdat de therapiekeuze een nauwkeurige bepaling van het volume en/of de vorm van de prostaat vereist.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met LUTS en één van de volgende eigenschappen: jonger dan 50 jaar, ouder dan 80 jaar, post-void residu-volume > 300 ml, qmax > 15 ml/s, neurogene blaasdisfunctie, een eerdere, ingrijpende bekkenoperatie, een eerdere, mislukte invasieve operatie, die een <i>pressure-flow</i> -onderzoek ondergaan.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten met mictieklachten bij wie gevalideerde beoordelingsinstrumenten zoals hinder vanwege symptomen, verstoring van dagelijkse activiteiten, incontinentie, seksueel functioneren, en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven worden gebruikt om de frequentie en intensiteit van LUTS te diagnosticeren.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met symptomen van BPH en één van de volgende eigenschappen: bloed in de urine, urineweginfectie, nier insufficiëntie, urinewegstenen of een operatie van de urinewegen waarbij vullingscystometrie en beeldvormende technieken van de hoge urinewegen worden gebruikt om BPH te	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
diagnosticeren.		
Percentage of male vulnerable elder complaining of new or worsening LUTS, from whom a history of medications associated with symptoms; neurological conditions that can affect the urological system; prior urological, neurosurgical, orthopedic, or general surgery procedures; whether symptoms are bothersome; and prior treatment is documented	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder complaining of new LUTS that is diagnosed by a rectal examination and abdominal examination.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder complaining of new or worsening LUTS that is diagnosed by a urinalysis (microscopic examination or dipstick) and a urine culture (if the urinalysis demonstrates pyuria or hematuria).	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder presenting with new or worsening LUTS and a neurological disease (e.g. spinal cord injury, multiple sclerosis) or a past procedure that can affect innervations of the bladder or urethral sphincter mechanism (e.g. spinal surgery) that is undergoing a postvoid residual (PVR) measurement.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder presenting with new or worsening LUTS and a history of lower tract urological surgery or urethral trauma (including traumatic catheterizations) that is referred to a urologist within two months	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of repeated urinalyses within one month if a male vulnerable elder has new microhematuria (43 red blood cells/high-powered field) and a negative urine culture (or has 1 positive and 1 new negative urinalysis).	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder with unexplained gross hematuria or microhematuria (43 red blood cells/high-powered field on 2 or 3 urinalyses) and a negative urine culture that has serum creatinine, upper urological tract imaging, and referral to an urologist or nephrologist within 3 months.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder that receives a screening prostate specific antigen (PSA) test with a chart that documents a discussion of the pros and cons.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder with presumed BPH and bladder stones, urinary retention (41 episode), UTI (urinary tract infection), or renal failure with hydronephrosis that is referred to a urologist	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of men age 50 and older who are asked at least once a year about recent symptoms of prostatism during routine care.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients age 50 and older with recent symptoms of prostatism of whom the provider documents one of the following: AUA symptom score; and	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
how bothersome the patient considers the symptoms		
Percentage of patients with recent symptoms of prostatism that has the presence or absence of at least one of the following conditions documented: Parkinson's disease; diabetes mellitus; stroke; history of urethral instrumentation	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients with recent symptoms of prostatism that is offered a digital rectal examination (DRE) on the same visit the symptoms are noted (if they have not had a DRE in the past year).	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients with recent symptoms of moderate prostatism that is offered at least one of the following within one month of the note of symptoms: uroflowmetry; postvoid residual; pressure-flow study	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients with recent symptoms of prostatism that is offered the following tests within one month of the note of symptoms, unless done in the past year: urinalysis; serum creatinine.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage BPH-patiënten met weinig klachten en/of weinig hinder daarvan dat periodiek gecontroleerd wordt.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage BPH-patiënten met matige tot ernstige mictieklachten bij wie een invasieve therapie niet gewenst is, dat behandeld wordt met α -blokkers.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage BPH-patiënten met matige tot ernstige klachten met een prostaatvolume > 30-40 ml. dat behandeld wordt met een 5 α -reductaseremmer (eventueel tijdelijk gecombineerd met een α -blokker).	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage BPH-patiënten met matige tot ernstige klachten/hinder bij wie bladder outlet obstruction (BOO) waarschijnlijk is dat chirurgische behandeling ondergaat.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage BPH-patiënten met een prostaatvolume < 30 ml. dat TUIP (transurethrale incisie van de prostaat) ondergaat.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage BPH-patiënten met een prostaatvolume > 80-100 ml. of een verwachte TURP-operatieduur > 75 minuten (transurethrale resectie van de prostaat) dat een open prostatectomie ondergaat.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage oudere patiënten bij wie invasief urodynamisch onderzoek wordt ingezet om objectief inzicht te krijgen in het functioneren van de lage urinewegen.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten met LUTS dat behandeld wordt door middel van laser.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Wordt de keuze voor een operatieve ingreep bepaald aan de hand van de grootte van de prostaat, het oordeel van de chirurg, en de comorbiditeit? Ja/Nee	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met BPH dat behandeld wordt met	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
fytotherapeutische geneesmiddelen en andere dieetsupplementen.		op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met symptomen van BPH dat behandeld wordt met 'balloon dilatation'.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met 'refractory retention' waarbij ten minste één 'voiding trial' met behulp van een catheter is mislukt, dat geopereerd wordt.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met 'refractory retention' dat behandeld wordt met behulp van een β -blokker.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage van de patiënten met nier insufficiëntie ten gevolge van BPH dat chirurgisch behandeld wordt.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Average operating time (minutes) for all patients undergoing a transurethral resection (TUR) for benign prostatomegaly, during the 6 month time period.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder with an AUA SI score of 7 or less, symptoms that are not bothersome, and not known to have bilateral hydronephrosis, bladder stones, hematuria attributable to the prostate, or UTI that has prescribed medications or surgery for BPH.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder with moderate to severe symptoms (or an AUA SI score > 7) that are bothersome having a medical record documenting that treatment options were discussed (e.g. medical, surgical, watchful waiting).	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of male vulnerable elder indicated for surgery for BPH that has a urinalysis or a urine culture been done within 6 weeks before surgery, and treated if necessary	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients diagnosed with BPH who report recent symptoms of prostatism, and who use anticholinergic or sympathomimetic medications, that is offered discontinuation of these medications within one month of the note of symptoms	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients diagnosed with BPH who report symptoms of moderate prostatism that is offered alpha 1 adrenergic therapy within one month of the note of symptoms.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients diagnosed with BPH that is offered surgical therapy within one month of either of the two following conditions being noted: acute renal insufficiency with dilated upper tracts; persistent renal insufficiency after catheterization trial	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients diagnosed with BPH that is offered surgical therapy within two months of either of the following conditions being noted: continued	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
complaints of moderate symptoms of prostatism after 6 months of alpha 1 adrenergic therapy; more than 1 urinary tract infection in the past year; bladder stones		
Percentage of patients diagnosed with BPH who have received alpha 1 adrenergic or surgical therapy that has their symptoms reassessed 6 months after initiation of therapy	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage of patients with persistent recent symptoms of prostatism 6 months after appropriate surgical therapy that is offered urodynamic evaluation.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
De zorgverleners adviseren bij patiënten die een medicamenteuze of (minimaal-) invasieve behandeling krijgen, het aantal controlebezoeken zo beperkt mogelijk te houden. De patiënt dient goed te worden geïnformeerd over het beloop van de behandeling, en te worden geadviseerd zich 'zo nodig' te melden bij de huisarts of de uroloog.	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure
Percentage patiënten bij wie residubepaling (direct na uroflowmetrie) door middel van echografisch onderzoek heeft plaatsgevonden als onderdeel van de initiële diagnostiek	Proces	Geen consensus werkgroep / geen selectie op basis van criteria consensusprocedure

Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde

In de onderstaande tabel zijn alleen commentaren opgenomen die deels of niet verwerkt zijn, of ter kennisgeving zijn aangenomen door de indicatorwerkgroep. Overige commentaren zijn doorgevoerd in de indicatorenengids en zijn daarom niet nogmaals in de tabel benoemd.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Algemene opmerkingen			
De werkgroep moet per indicator de validiteit en de meetbaarheid bepalen. Uit de beschrijvingen is dit niet goed af te leiden zonder de hele richtlijn en de genoemde literatuur te lezen. Het belang van de indicator voor de kwaliteit van zorg is veelal summier omschreven. Meetbaarheid: is in de factsheets niet benoemd. Bij een groot aantal indicatoren is een nieuwe registratie nodig om de gegevens boven water te krijgen. Statistische betrouwbaarheid: in factsheets niet benoemd. De meetperiodes wisselen per indicator en zijn soms kort. Dat lijkt praktisch maar zal zeker bij laaffrequente aandoeningen leiden tot problemen met de statische betrouwbaarheid. Robuustheid: hoe goed overleefd een indicator als hij in een publieke omgeving wordt gebruikt.	IGZ	Ter kennisneming	Het document dat de commentaarronde is ingegaan betrof alleen de factsheets en niet de begeleidende teksten, zoals over statistische betrouwbaarheid. Deze informatie is wel opgenomen in de tekst van de uiteindelijke indicatorenengids.
Wanneer niet verder gekomen wordt dan het opstellen van structuurindicatoren, is de oproep dit voor een volgende uitvraag in ieder geval om te zetten tot procesindicatoren/uitkomstindicatoren. Structuurinformatie (de aanwezigheid van het een of ander) zegt immers weinig over de kwaliteit ervan. Vanuit die optiek zijn	NPCF	Ter kennisneming	Algemeen commentaar aan alle werkgroepen tranche 3.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
structuurindicatoren in de medisch inhoudelijke sets niet wenselijk voor zorggebruikers.			
Indicator 2, 3, 4, 5, 10 en 11 zouden af kunnen vallen.	Zorgverzekeraars Nederland	Deels verwerkt	Indicatoren 4, 5, 7, 9, 10 en 11 vallen af.
Indicator 1: International Prostate Symptom Score (IPSS)			
Lage bewijslast - bewijskracht D.	NVU	Niet verwerkt	Het gebruik van IPSS wordt sterk aanbevolen in de richtlijn.
Te arbeidsintensief, bewerkelijk/onbetrouwbaar.	NVU	Niet verwerkt	Deze indicator is inhoudelijk zeer relevant. De werkgroep besluit de indicator te beperken tot nieuwe patiënten om zo de registratielast te verminderen.
Eventueel gebruik maken van een steekproef om de data te extraheren.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep besluit de indicator te beperken tot nieuwe patiënten om zo de registratielast te verminderen.
Eventueel een structuurindicator van maken.	NVU	Niet verwerkt	Verwacht wordt dat de indicator dan niet onderscheidend zal zijn. De werkgroep besluit de indicator te beperken tot nieuwe patiënten om zo de registratielast te verminderen.
IPSS is niet beter dan een goede anamnese.	NVU	Niet verwerkt	Het gebruik van IPSS wordt sterk aanbevolen in de richtlijn.
Volgens de richtlijn is IPSS optioneel, niet verplicht.	NVU	Niet verwerkt	Het gebruik van IPSS wordt sterk aanbevolen in de richtlijn.
Geen goede parameter voor kwaliteit/niet bruikbaar.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt deze indicator als inhoudelijk zeer relevant.
Verstoring van de cijfers door patiënten die met CAD/urineretentie binnenkomen.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep geeft aan dat dit slechts een klein gedeelte van de patiëntenpopulatie betreft, dus dat dit weinig invloed zal hebben.
Alle patiënten met LUTS is een wel erg ruime	NVU	Niet verwerkt	Het gaat om de patiënten met

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
definitie; zeer grote aantallen patiënten.			LUTS/BPH.
Indicator 2: Uroflowmetrie en residubepaling			
Geen selectie	ZN	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt deze indicator als inhoudelijk zeer relevant.
Registreerbaarheid – grote registratielast.	NVU	Niet verwerkt	Uroflowmetrie en echografische residubepaling kunnen middels een CTG-code automatisch uit het ZIS gehaald worden.
Onderscheidend vermogen is laag.	NVU	Niet verwerkt	Als dit zo zou zijn, zal dit blijken uit de eerste uitvraag. De werkgroep vindt de indicator inhoudelijk belangrijk, en wil daarom de eerste uitvraag afwachten.
Hoe zinvol is een flowmeting in de initiële diagnostiek, als de patiënt met een alphablokkertje tevreden de deur uit gaat?	NVU	Niet verwerkt	Als onderdeel van initiële diagnostiek hoort volgens de werkgroep uroflowmetrie en residubepaling plaats te vinden.
Verstoring van de cijfers door patiënten die met CAD/urineretentie binnenkomen.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep geeft aan dat dit slechts een klein gedeelte van de patiëntenpopulatie betreft, dus dat dit weinig invloed zal hebben.
Er worden meer flows gedaan dan alleen voor LUTS. Is niet zo gemakkelijk te herleiden als gedacht.	NVU	Niet verwerkt	De populatie bestaat uit het aantal patiënten met LUTS/BPH bij wie uroflowmetrie en echografische residubepaling hebben plaatsgevonden.
Flow is een goede indicator, maar direct daarna een residumeting kan een vertekend beeld geven omdat de patiënt de urine lang heeft opgehouden en de mictie niet onder natuurlijke omstandigheden plaatsvindt.	NVU	Niet verwerkt	De urologen zijn zich van dit probleem bewust en geven aan dat dit ook in de richtlijn beschreven wordt.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Indicator 3: Mictielijst			
Geen selectie	ZN	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt deze indicator als inhoudelijk relevant.
Lage bewijslast – bewijskracht D. (1x)	NVU	Niet verwerkt	Het gebruik van mictielijsten wordt aanbevolen in de richtlijn.
Te arbeidsintensief.	NVU	Niet verwerkt	Deze indicator is inhoudelijk relevant. De werkgroep besluit de indicator te beperken tot nieuwe patiënten om zo de registratielast te verminderen.
Moeilijk te scoren/lastig te achterhalen en daardoor onbetrouwbaar.	NVU	Niet verwerkt	Deze indicator is inhoudelijk relevant. De werkgroep besluit de indicator te beperken tot nieuwe patiënten om zo de registratielast te verminderen.
Eventueel een structuurindicator van maken.	NVU	Niet verwerkt	Verwacht wordt dat de indicator dan niet onderscheidend zal zijn. De werkgroep besluit de indicator te beperken tot nieuwe patiënten om zo de registratielast te verminderen.
Eventueel gebruik maken van een steekproef.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep besluit de indicator te beperken tot nieuwe patiënten om zo de registratielast te verminderen.
Niet informatief.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt deze indicator als inhoudelijk relevant.
Is vaak niet nodig en bovendien niet verplicht volgens richtlijn.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt deze indicator als inhoudelijk relevant.
Afhankelijk van discipline en coöperatie patiënt.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep is zich hiervan bewust.
Hele oude patiënten kunnen deze niet invullen.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep is zich hiervan bewust.
Is de kwaliteit van zorg beter met het invullen van een mictiedagboek?	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt het invullen van mictielijsten als een

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
			relevante aanvulling op de initiële diagnostiek. Daartoe is het van belang dat een specialist de mogelijkheid tot het invullen van een mictielijst verschaft.
Alleen zinvol bij incontinentie.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt mictielijsten ook als relevant voor patiënten met LUTS door BPH.
Nuttig, maar minder informatief dan IPSS en flowmetrie.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep geeft aan dat mictielijsten, IPSS en uroflowmetrie/residubepaling onlosmakelijk verbonden zijn. Zij erkent echter dat de meerwaarde van mictielijsten daardoor minder wordt.

Flow-/residu, IPSS en mictielijst zouden eigenlijk gecombineerd moeten worden. In feite moet je alledrie hebben om van LUTS iets te kunnen zeggen.	NVU	Niet verwerkt	Qua registreerbaarheid betekent het samenvoegen van deze componenten een lastenverzwaring.
Er is mogelijk een verschil tussen gebruik en teruggave.	NVU	Niet verwerkt	Als mictielijsten niet terugggegeven worden, kunnen ze ook niet gebruikt worden.
Indicator 4: Mediane ligduur na TURP			
Wat voor reacties zal dit oproepen in het veld? 1 gram TURren zodat misschien dagopname mogelijk is? Of een TUMT-machine aanschaffen: minder effectief maar wel veel geld verdienen. Gaat dit kwaliteitsverbetering opleveren, of alleen verbetering van de cijfers?	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep vindt dit een erg negatieve benadering en verwacht niet dat dit in de praktijk op grote schaal voor zal gaan komen.
De afweging 'met katheter snel naar huis	NVU	Niet verwerkt	Als tegenwicht voor deze indicator

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
versus goede mictie in ziekenhuis langer afwachten' komt door deze indicator onder druk te staan.			geldt indicator 8, welke over heropnames gaat.
De duur van de opname heeft geen relatie met de kwaliteit van de behandeling.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep is van mening dat de duur van opname op zijn minst indirect een relatie heeft met de kwaliteit van de geleverde zorg.
Korte opnameduur betekent niet per definitie een beter geleverde zorg. Klachtenpatroon/IPSS na 6 maanden en postoperatieve complicaties zijn betere uitkomsten voor kwaliteit van zorg.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep verwacht dat postoperatieve complicaties van invloed zullen zijn op de ligduur.
Beter zou men een goede complicatieregistratie bij kunnen houden.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep verwacht dat postoperatieve complicaties van invloed zullen zijn op de ligduur.
Er zou een norm toegevoegd moeten worden aan deze indicator (bijvoorbeeld 2/3 dagen).	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep wil hiervoor op zijn minst de eerste uitvraag afwachten.
Opnameduur zou een goede indicator kunnen zijn voor een TURP procedure, maar niet voor BPH behandeling in zijn geheel.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt opnameduur als een goede indicator voor kwaliteit van geleverde zorg voor mensen met BPH die een TURP procedure hebben ondergaan.
Te onzuiver. Opnameduur wordt door vele factoren bepaald (leeftijd, comorbiditeiten zoals cardiovasculaire problemen, etc.).	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep erkent de invloed van case-mix, maar is van mening dat deze voor een groot deel uitgemiddeld wordt door de grote aantallen patiënten.
Indicator 5: Heropname na TURP			
Niet geschikt voor externe doeleinden.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt het percentage heropnames als een goede externe indicator voor de kwaliteit van geleverde zorg.
Registratie via DBC's is niet betrouwbaar	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep heeft het begrip

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
genoeg.			'heropname' aangescherpt en als volgt gedefinieerd: klinische episoden voor een urologische DBC. Verwacht wordt dat deze herformulering betrouwbare informatie op zal leveren middels de DBC-registratie.
Registratie mogelijk lastig.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep verwacht dat registratie eenvoudig zal zijn, omdat deze indicator automatisch afgeleid kan worden uit de DBC-registratie.
Op deze manier mis je de nabloedingen direct post ok.	NVU	Niet verwerkt	Deze beïnvloeden de score van een ziekenhuis op indicator 6.
Te weinig specifiek, opname kan ook zijn voor TWOC of iets dergelijks.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep heeft het begrip 'heropname' als volgt gedefinieerd: klinische episoden voor een urologische DBC. Verwacht wordt dat deze herformulering specifiek genoeg zal zijn.
Heropname is vaak gerelateerd aan het hervatten van antistolling. Beter een stolselretentie dan een CVA. Het is niet de bedoeling dat als gevolg van deze indicator langer gewacht gaat worden met het hervatten van antistolling.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep heeft het begrip 'heropname' als volgt gedefinieerd: klinische episoden voor een urologische DBC. Verwacht wordt dat deze herformulering specifiek genoeg zal zijn.
Heropname na TURP is vaak gerelateerd aan hematurie en/of retentie. Is dit een complicatie, of een bijwerking/risico van de operatie? Heeft mijns inziens niets met de kwaliteit van zorg te maken.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt het aantal heropnames als een goede indicator voor de kwaliteit van zorg. Bovendien heeft onderzoek uitgewezen dat de kwaliteit van zorg significant gerelateerd kan worden aan het aantal heropnames (Ashton, 1997).

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Is het mogelijk om een norm te stellen?	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep wil op zijn minst de eerste uitvraag afwachten.
Geeft betere informatie over de kwaliteit van TUR dan opnameduur.	NVU	Niet verwerkt	De werkgroep beschouwt deze twee indicatoren als complementair.

* Indien nodig is commentaar samengevat

Deel 2: Klantpreferentievragen

1. Klantpreferentievragen BPH

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg rond Benigne prostaat hypertrofie. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten. Bij elke vraag worden definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht.

In tegenstelling tot de zorginhoudelijke indicatoren wordt in de klantpreferenties gesproken over Benigne prostaat hypertrofie.

<p>Vraag 1</p>	<p>A. Vul in hoeveel patiënten met benigne prostaathypertrofie er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door het specialisme urologie.</p> <p><i>(aantallen invullen)</i></p> <p>- Het aantal urologen op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met benigne prostaathypertrofie behandelt (aantal personen)* ___ urologen - Het aantal patiënten met benigne prostaathypertrofie dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme urologie¹ ___ patiënten</p> <p>B. Vul in of het specialisme urologie op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werkt.*</p> <p><i>(aanvinken, per categorie één antwoord mogelijk)</i></p> <table border="1" data-bbox="379 898 1406 983"> <thead> <tr> <th>Specialisme</th> <th colspan="2">coassistenten</th> <th colspan="2">ANIOS</th> <th colspan="2">AIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urologie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS										
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee									
<p>Definities</p>	<p>¹Selecteer in het systeem de onderstaande gesloten DBC-codes met een sluitingsdatum tussen 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010. Neem alleen unieke patiënten mee in de telling. Parallele DBC's dienen niet in de telling meegenomen te worden.</p> <table border="1" data-bbox="379 1182 691 1290"> <tbody> <tr> <td>0306.11.**.41.***</td> </tr> <tr> <td>0306.13.**.41.***</td> </tr> <tr> <td>0306.21.**.41.***</td> </tr> </tbody> </table>	0306.11.**.41.***	0306.13.**.41.***	0306.21.**.41.***											
0306.11.**.41.***															
0306.13.**.41.***															
0306.21.**.41.***															
<p>Technische haalbaarheid</p>	<p>*Peildatum: 1 april 2011 Het aantal specialisten wordt gemeten aan de hand van een peildatum, terwijl het aantal patiënten wordt gemeten aan de hand van een verslagjaar dat aan de peildatum voorafgaat. Op deze manier zijn de data voor beide onderdelen zo actueel mogelijk. Bij de interpretatie van de data dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat de data niet uit precies dezelfde periode afkomstig zijn.</p>														
<p>Toelichting</p>	<p>Patiënten vinden de ervaring van de behandelend artsen uitgedrukt in het aantal behandelde patiënten belangrijk. In de huidige klantpreferentie vragenlijsten wordt enkel gevraagd naar het aantal patiënten per specialisme. Op termijn wordt toegewerkt naar een uitvraag van het aantal patiënten onder behandeling per individuele behandelaar.</p>														

Vraag 2	Zijn er bij de behandeling en/of verzorging van patiënten met benigne prostaathypertrofie standaard een of meerdere verpleegkundigen ¹ betrokken die zijn gespecialiseerd in benigne prostaathypertrofie? * <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Definities	¹ Verpleegkundigen die zijn gespecialiseerd in benigne prostaathypertrofie kunnen zijn: urologisch verpleegkundigen, incontinentieverpleegkundigen, stomaverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten/nurse practitioners.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 3	Hebben patiënten met benigne prostaathypertrofie op uw ziekenhuislocatie één vaste uroloog ¹ ? * <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Definities	¹ Met vaste uroloog wordt bedoeld: de uroloog die de patiënt bij elk poliklinisch consult, dagopname en controleafspraak ziet en die het behandelplan opstelt, uitvoert en controleert (situaties uitgezonderd waarbij de patiënt tijdens afwezigheid van de vaste uroloog wegens medisch noodzaak door een vervangend uroloog wordt gezien).
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 4	Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt ¹ voor patiënten met benigne prostaathypertrofie? * <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> De behandelend uroloog <input type="checkbox"/> Een urologisch verpleegkundige, incontinentieverpleegkundige of verpleegkundig specialist/nurse practitioner <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____
Definities	¹ Een vast aanspreekpunt is een persoon in het ziekenhuis bij wie de patiënt of diens vertegenwoordiger terecht kan met vragen.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 5	Biedt uw ziekenhuislocatie patiënten met (een verdenking op) benigne prostaathypertrofie de mogelijkheid om alle benodigde diagnostische onderzoeken ¹ op één dag te ondergaan? * <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
----------------	--

Definities	¹ De benodigde diagnostische onderzoeken kunnen zijn: urineonderzoek, bepaling van serumcreatininegehalte, uroflowmetrie, echografie van de blaas, pressure-flow-onderzoek en transrectale echografie van de prostaat.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 6	<p>Worden patiënten die op uw ziekenhuislocatie een TURP of open prostatectomie ondergaan hebben na ontslag uit het ziekenhuis standaard gebeld¹ door een verpleegkundige of arts, om te controleren hoe het herstel verloopt? *</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
Definities	¹ Alleen met 'ja' beantwoord als de patiënt op werkdagen binnen 72 uur na ontslag uit het ziekenhuis gebeld wordt.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 7	<p>Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met benigne prostaathypertrofie? *</p> <p><i>(aanvinken, per onderwerp meerdere antwoorden mogelijk)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Methode</th> <th>Mondeling (persoonlijk gesprek)</th> <th>Schriftelijk (folder/brief)</th> <th>Beeld (foto/video)</th> <th>Digitaal (website¹)</th> <th>Anders, namelijk</th> <th>Geen informatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Onderwerp</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>De doorlooptijd van het proces van onderzoek, behandeling en herstel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oorzaken van goedaardig prostaatvergroting</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie zelf aanbiedt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie niet zelf aanbiedt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pijn en pijnbestrijding</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Seksueel functioneren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Voedingsadviezen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Periodieke controles en het belang daarvan</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anders, namelijk</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Methode	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website ¹)	Anders, namelijk	Geen informatie	Onderwerp							De doorlooptijd van het proces van onderzoek, behandeling en herstel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oorzaken van goedaardig prostaatvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie zelf aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie niet zelf aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pijn en pijnbestrijding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seksueel functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voedingsadviezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodieke controles en het belang daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Methode	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website ¹)	Anders, namelijk	Geen informatie																																																																								
Onderwerp																																																																														
De doorlooptijd van het proces van onderzoek, behandeling en herstel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Oorzaken van goedaardig prostaatvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie zelf aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Behandelmogelijkheden die de ziekenhuislocatie niet zelf aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Pijn en pijnbestrijding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Seksueel functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Voedingsadviezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Periodieke controles en het belang daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
Definities	¹ Met website wordt de website van het ziekenhuis bedoeld.																																																																													
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011																																																																													

Afkortingenlijst indicatorenengids BPH

ACHS	Australian Council on Healthcare Standards
AUA	American Urological Association
AUA-SI	American Urological Association symptom index
BOO	Bladder outlet obstruction
BPH	Benign prostatic hyperplasia
CAD	Catheter à Demeure
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebrovasculair accident
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DRE	Digital rectal examination
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ICS	International Continence Society
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPSS	International Prostate Symptom Score
LUTS	Lower urinary tract symptoms
LUTS/BPH	Mictieklachten ten gevolge van blaasuitgangsobstructie op basis van BPH
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
OP	Open prostatectomie
PVR	Post-void residual
TUIP	Transurethrale incisie van de prostaat
TUR	Transurethrale resectie
TURP	Transurethrale resectie van de prostaat
TUVP	Transurethrale elektrovaporisatie van de prostaat
UCS	Urethrocystoscopie
UTI	Urinary tract infection
ZIS	Ziekenhuisinformatiesysteem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland