

Indicatorenset Stressincontinentie bij de vrouw

Uitvraag 2011

Inhoudsopgave

Overzicht indicatoren Stressincontinentie bij de vrouw en invulformulier	3
Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	8
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	9
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Stressincontinentie bij de vrouw	12
3. Lijst te verzamelen variabelen	25
Bijlage 1: Wijzigingstabel zorginhoudelijke indicatoren	30
Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen	31
Deel 2: Klantpreferentievragen	32
1. Klantpreferentievragen Stressincontinentie bij de vrouw	33
Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen	36
Afkortingenlijst	37

1. Samenvatting indicatoren Stressincontinentie bij de vrouw

Zorginhoudelijke indicatoren:

1. Gebruik mictie- / incontinentiedagboek	
Teller: Het aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten, dat voor de operatie gedurende minimaal 2 dagen een mictiedagboek heeft bijgehouden.	
Noemer: Totaal aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten.	
Percentage patiënten met klachten t.g.v. stressincontinentie dat vóór een operatie gedurende minimaal 2 dagen een mictiedagboek heeft bijgehouden.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

2. Bekkenfysiotherapie	
Teller: Het aantal voor stressincontinentie geopereerde patiënten met gedocumenteerde bekkenfysiotherapie voorafgaand aan de operatie.	
Noemer: Totaal aantal voor stressincontinentie geopereerde patiënten.	
Percentage voor stressincontinentie geopereerde patiënten met gedocumenteerde bekkenfysiotherapie voorafgaand aan de eerste incontinentieoperatie.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

3. Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst	
Teller: Het aantal voor stressincontinentieklachten geopereerden patiënten dat vraag 7 t/m 12 van de urogenitale klachten lijst zowel pre-operatief als bij het controleconsult (6-8 weken na operatie) heeft ingevuld.	
Noemer: Totaal aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten.	
Percentage incontinentiepatiënten dat vraag 7 t/m 12 van de urogenitale klachten lijst (UKL) zowel pre-operatief als bij het controleconsult (6-8 weken na de operatie) heeft ingevuld.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

4. Urineretentie/-residu	
Teller: Het aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten met last van urineretentie/-residu waarvoor catheterisatie nodig is vanaf 6 weken na de ingreep en/of waarvoor een heroperatie noodzakelijk is.	
Noemer: Totaal aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten.	
Percentage voor incontinentieklachten geopereerde patiënten met last van urineretentie/-residu waarvoor catheterisatie nodig is vanaf 6 weken na de ingreep en/of waarvoor een heroperatie noodzakelijk is.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Klantpreferentievragen

Vraag 1	<p>A. Zijn de onderstaande specialismen werkzaam op uw ziekenhuislocatie en zijn zij betrokken bij de behandeling van vrouwen met stressincontinentie?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Specialisme</th> <th colspan="2">Werkzaam op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gynaecologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Urologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. Vul in hoeveel vrouwen met stressincontinentie er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door de onderstaande specialismen.</p> <p>Gynaecologie</p> <p>- Het aantal gynaecologen op uw ziekenhuislocatie dat vrouwen met stressincontinentie behandelt (<u>aantal personen</u>) ____</p> <p>- Het aantal vrouwen met stressincontinentie dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme gynaecologie ____</p> <p>Urologie</p> <p>- Het aantal urologen op uw ziekenhuislocatie dat vrouwen met stressincontinentie behandelt (<u>aantal personen</u>) ____</p> <p>- Het aantal vrouwen met stressincontinentie dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme urologie ____</p> <p>C. Vul in of de onderstaande specialismen op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werken.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Specialisme</th> <th colspan="2">coassistenten</th> <th colspan="2">ANIOS</th> <th colspan="2">AIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gynaecologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Urologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>	Specialisme	Werkzaam op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?		Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	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	Werkzaam op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?																														
Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																													
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																													
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS																										
Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																									
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><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>																															

Vraag 2	<p>A. Beschikt uw ziekenhuislocatie over een centrum voor bekkenbodempromblematiek?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Welke van de onderstaande disciplines zijn vertegenwoordigd binnen dit centrum voor bekkenbodempromblematiek?</p>																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vertegenwoordigd in centrum?</th> <th>Ja, vast</th> <th>Ja, op afroep</th> <th>Nee</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Discipline</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gynaecoloog</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uroloog</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(in)continentieverpleegkundige</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bekkenbodempysiotherapeut</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Seksuoloog</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></td> </tr> </tbody> </table>	Vertegenwoordigd in centrum?	Ja, vast	Ja, op afroep	Nee	Discipline				Gynaecoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uroloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(in)continentieverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekkenbodempysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seksuoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertegenwoordigd in centrum?	Ja, vast	Ja, op afroep	Nee																															
Discipline																																		
Gynaecoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Uroloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
(in)continentieverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Bekkenbodempysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Seksuoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Anders, namelijk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>																																		

Vraag 3	<p>Is er op uw ziekenhuislocatie een verpleegkundig spreekuur met een speciaal daartoe opgeleide (in)continentieverpleegkundige?</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	Op welke wijze wordt over onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten die een incontinentieoperatie moeten ondergaan?						
	Methode Onderwerp	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website)	Anders, namelijk —	Geen informatie
	Mogelijke complicaties bij de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kans van slagen van de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Het te verwachten resultaat na de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eventuele restverschijnselen na de operatie	<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"/>	
<i>Opmerking over indicator:</i>							
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>							

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Stressincontinentie bij de vrouw

Indicatorwerkgroep

De ontwikkelwerkgroep voor de indicatorenset Stressincontinentie bij de vrouw bestaat uit de volgende personen:

Dr. M.R. van Balken, uroloog
Mw. drs. J.T.M. Derksen, gynaecoloog, voorzitter
Mw. drs. I.J.M. Harms, vertegenwoordiger ZN
Mw. drs. R.M. de Jong, vertegenwoordiger Consumentenbond
Dr. J.P. Lips, gynaecoloog, voorzitter (tot oktober 2009)
Drs. A.L. Milani, gynaecoloog
Dr. B.W.J. Mol, gynaecoloog
Dr. C.H. van der Vaart, gynaecoloog
Dr. H.A.M. Vervest, gynaecoloog
Prof. dr. M.E. Vierhout, gynaecoloog

Aanbevelingen voor opzetten registratie

De onderstaande aanbevelingen zijn grotendeels geformuleerd door de "Werkgroep externe indicatoren voor stressincontinentie bij de vrouw".

Aanbeveling registratie mictiedagboek en Urogenitale Klachten Lijst (UKL)

Het mictiedagboek kan het meest efficiënt in een elektronisch patiëntendossier (EPD) worden geregistreerd. Momenteel gebeurt dat nog nergens. Om de registratie- en tijdslast te beperken kunnen de boekjes per post naar de patiënten worden gestuurd. Dit dient voor het eerste consult te gebeuren, en samen met de Urogenitale Klachten Lijst. De patiënt kan beide dan rustig thuis invullen en meenemen naar de arts. De continentieverpleegkundige of doktersassistente kan de documenten registreren.

Aanbeveling registratie bekkenfysiotherapie

Er zijn verschillende mogelijkheden om gegevens over bekkenfysiotherapie te registreren:

- Registratie in het patiëntendossier of de medische status. De meting dient hiervoor te worden beschreven in de status (continue registratie).
- Registratie aan de hand van een sticker (met barcode) op het patiëntendossier/ de status. Nadeel: wordt niet betrouwbaar geacht.

Registratie urineretentie/-residu

Mogelijkheden om de complicatie urineretentie/residu te registreren zijn:

- Registratie in het patiëntendossier/ de status.
- Registratie in een geautomatiseerde complicatieregistratie. Momenteel is er nog geen volledig uniforme geautomatiseerde complicatieregistratie geïmplementeerd. Het geeft registratielast en is bovendien perverteerbaar.

Populatiebepaling Stressincontinentie bij de vrouw

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de Zichtbare Zorg indicatorensets is als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van gesloten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) voor de gynaecologie. Deze indicatorenset is momenteel nog niet van toepassing op de urologie.

De patiënten worden geselecteerd waarbij één van de onderstaande DBC's in het verslagjaar is gesloten.

Zorgtype

11. Reguliere zorg. (Gecompliceerde patiënten (zorgtype 21) worden bewust uit de indicatoren gehouden)

Diagnose

G25 incontinentie/ prolaps

Behandeling

602	operatief groep 2 dagbehandeling zonder diagnostische ingreep
612	operatief groep 2 dagbehandeling met diagnostische ingreep
603	operatief groep 2 klinisch zonder diagnostische ingreep
613	operatief groep 2 klinisch met diagnostische ingreep
703	operatief groep 3 klinisch zonder diagnostische ingreep
713	operatief groep 3 klinisch met diagnostische ingreep

DBC's kunnen zijn geopend voordat het verslagjaar is begonnen.

Binnen één van de hierboven genoemde gesloten DBC's moet een van de onderstaande verrichtingen zijn uitgevoerd:

- 37342 eenv. beh. incont. urinae, open procedure
- 37343 uitgebr. beh. Incont. Urinae
- 37345 endoscopische uitgebr. incont. urinea beh., incl. voor/achterw.pl

Let op: Per 1 juli 2009 zijn bovenstaande verrichtingencodes beëindigd. In plaats daarvan gelden de volgende codes:

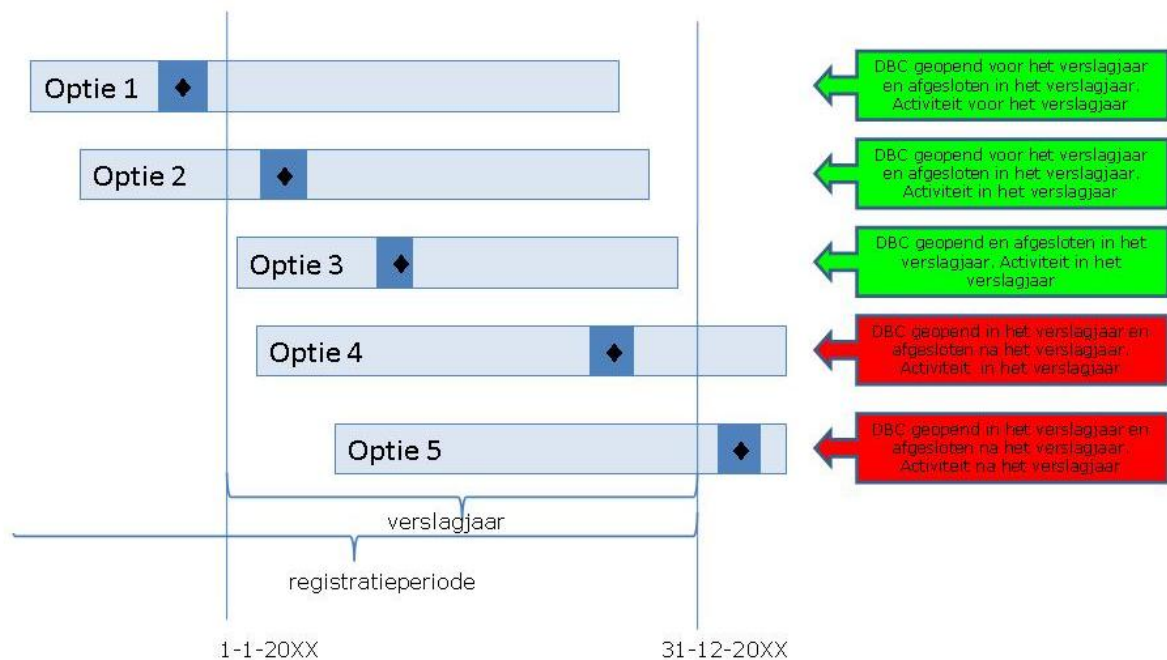
- 037345 Endoscopische uitgebreide incontinentia urinae behandeling, inclusief voor- en achterwandplastiek.
- 037346 Anti incontinentie chirurgie: midurethrale sling (MUS-procedure, bijvoorbeeld TVT, TVTO), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.
- 037347 Anti incontinentie chirurgie: midurethrale sling (MUS-procedure, bijvoorbeeld TVT, TVTO), inclusief voor- en/of achterwandplastiek.
- 037348 Anti incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.
- 037349 Anti incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), inclusief voor- en/of achterwandplastiek.

De hierboven genoemde verrichtingen moeten zijn uitgevoerd ter behandeling van klachten t.g.v. stressincontinentie. Zichtbare Zorg werkt met afgesloten DBC's, waardoor de oude verrichtingencodes nog van toepassing zijn op verslagjaar 2010. In de indicatorgids 2010 zal daarom gewerkt worden met zowel de oude als de nieuwe verrichtingencodes.

Verrichtingencode 037344 (endoscopische eenvoudige incontinentia urinae behandeling, inclusief voor- en achterwandplastiek) wordt niet opgenomen bij de verrichtingencodes, omdat deze ingreep vrijwel niet meer in de praktijk wordt toegepast.

Parallele DBC's worden meegenomen. Wel wordt gekeken naar alle verrichtingen die aangevraagd en/of uitgevoerd zijn door de arts in de looptijd van de DBC aangezien verrichtingen aan de verkeerde DBC gekoppeld kunnen zijn.

In de onderstaande figuur staat grafisch weergegeven wat bovenstaande populatiebepaling betekent. Alleen de opties 1, 2 en of 3 worden meegenomen in de populatiebepaling



Figuur 1. Populatiebepaling stressincontinentie bij de vrouw

In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Bij indicator 1 en 3 zijn geen exclusiecriteria geformuleerd. Bij indicator 2 dienen patiënten met ernstige prolaps te worden uitgesloten en patiënten die eerder zijn geopereerd voor stressincontinentieklachten. Dit laatste criterium geldt ook voor indicator 4. Ook kunnen extra eisen gesteld worden aan de DBC. Bijvoorbeeld het voorkomen van een specifieke verrichting voor incontinentie.

Op basis van de populatie en de in- en exclusie criteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

2. Zorginhoudelijke indicatoren Stressincontinentie bij de vrouw

1. Gebruik mictie-/ incontinentiedagboek	
Relatie tot kwaliteit	Het leveren van een bijdrage aan de juiste diagnose en het kiezen van de juiste therapie bij vrouwen met incontinentieklachten die worden geopereerd.
Operationalisatie	Percentage patiënten met klachten t.g.v. stressincontinentie dat vóór een operatie gedurende minimaal 2 dagen een mictiedagboek heeft bijgehouden.
Teller	Het aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten, dat voor de operatie gedurende minimaal 2 dagen een mictiedagboek heeft bijgehouden.
Noemer	Totaal aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten.
Definitie	<p><i>Stressincontinentie:</i> Ongewild urineverlies dat optreedt bij fysieke inspanning, hoesten en niezen. De hoogste prevalentie wordt gezien in de leeftijd tussen 35 en 55 jaar.</p> <p><i>Mictiedagboek:</i> Incontinentiedagboek. Een mictiedagboek geeft inzicht in de mictiegewoonten en de frequentie van het urineverlies. In het mictiedagboek wordt de frequentie en het volume van de mictie vastgelegd, evenals het aantal incontinentiemomenten. Een voorbeeld van een mictiedagboek is hieronder opgenomen.</p>
In/ exclusiecriteria	Geen in- en exclusiecriteria geformuleerd
Bron teller	(Poli)klinische status, EPD of lokale database
Bron noemer	DBC registratie, verrichtingenregistratie
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau

Rekenregels

Indicator 1	Gebruik mictie-/ incontinentiedagboek	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Het aantal patiënten waarbij geldt dat voor de operatie gedurende minimaal 2 dagen een mictiedagboek is bijgehouden.	# patiënten noemer waarbij I3-I5 > 0 en I5-I4 \geq 2
Noemer	Bepaal het aantal patiënten met een operatie voor stressincontinentieklachten.	# patiënten waarbij I1 en I2 en I6 = ja

Dagboek/ mictielijst

Hieronder staat een voorbeeld van een NVOG mictiedagboek.

Doel indicator

Een mictiedagboek geeft inzicht in de mictiegewoonten en de frequentie van het urineverlies (Fink, 1999). Het ondersteunt het verifiëren, structureren en kwantificeren van symptomen van incontinentie. Het dagboek levert daarmee een bijdrage aan de indicatiestelling en aan het kiezen van de juiste therapie.

Variatie in kwaliteit van zorg

De variatie in kwaliteit van zorg is onbekend. De meeste urologen gebruiken een mictiedagboek bij de indicatiestelling. De meeste gynaecologen doen dit waarschijnlijk (nog) niet.

Mogelijkheden tot verbetering

Waarschijnlijk maken veel gynaecologen nog geen gebruik van een mictiedagboek. Er zijn mogelijkheden tot verbetering door de professionals zelf, de arts heeft het verstrekken van het dagboek in eigen hand.

Validiteit

De validiteit van deze indicator is afhankelijk van de werkwijze van de arts en de mogelijkheden van de patiënt. De arts is degene die een dagboek kan uitreiken en een patiënt kan motiveren tot invullen. De mogelijkheden van de patiënt hangen af van diens cognitieve en taalvaardigheden.

De werkgroep plaatst de volgende kanttekeningen bij de relatie tussen de inhoud van het mictiedagboek en de kwaliteit van zorg:

- Er is een matige samenhang tussen hetgeen dat in het mictiedagboek wordt beschreven en de kwaliteit van leven (Robinson et al., 1998; Theofrastous et al., 1995). Het effect van het bijhouden van een mictiedagboek op de kwaliteit van zorg / de uitkomst van de patiënt is niet bekend. Toch beschouwt de werkgroep het mictiedagboek in het algemeen als een belangrijk diagnosticum.
- Het mictiedagboek heeft nut voor de patiënt. Het geeft haar inzicht in het vóórkomen en de ernst van de symptomen. Het mictiedagboek is leerzaam en vergroot de waakzaamheid en bedachtzaamheid van de patiënt.
- De optimale duur voor het bijhouden van een mictiedagboek is door de werkgroep vastgesteld op tenminste twee dagen. Vroeger was het gebruikelijk om een mictiedagboek gedurende één week bij te houden. Uit onderzoek blijkt echter dat het bijhouden van een mictiedagboek gedurende 1-4 dagen voldoende is (van Melick et al., 1997; Schick et al., 2003). De werkgroep is het erover eens dat hoe korter de patiënt haar dagboek hoeft bij te houden, hoe vollediger en meer nauwgezet zij dit zal doen. Op basis van de validiteit en de verwachte compliance wordt voor een tijdsduur van minimaal 2 dagen gekozen.
- Het is onduidelijk wat minimaal in het mictiedagboek moet worden beschreven. Hiernaar is geen onderzoek verricht. Het ligt echter voor de hand om frequentie en volume van de mictie te meten, evenals het aantal incontinentiemomenten. Het laten noteren van de inname van de hoeveelheid vocht of het laten beschrijven van de bij mictie ondernomen acties vinden klinici minder nuttig. Een voorbeeld van een mictiedagboek staat op de website van de NVOG.

Betrouwbaarheid

Of de inhoud van het mictiedagboek betrouwbaar is, hangt volgens de werkgroep af van de attitude van de patiënt. Zij kan bijvoorbeeld bewust een verkeerde indruk wekken om zo de door haar gewenste behandeling te krijgen. Daarnaast is vanuit de pijnbestrijding bekend dat een patiënt dagboekjes niet altijd netjes bijhoudt. Vaak vult zij ze aan het eind van een periode in, met het risico dat zij zich een belangrijk gegeven niet meer (goed) herinnert.

Discriminerend vermogen

Wat het invullen van het mictiedagboek betreft worden aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen en maatschappen verwacht. Hierover zijn echter geen cijfers.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

In de urologie wordt het mictiedagboek vaak gebruikt. De ervaring leert dat vrijwel iedereen het boekje invult. Voor patiënten met cognitieve of taalvaardigheidsproblemen kan het gebruik van een mictiedagboek een probleem zijn. Dit kan de waarde van deze indicator verminderen.

Registratie

Momenteel wordt het invullen van het mictiedagboek geregistreerd in het medisch dossier. Dit kan het meest efficiënt in een elektronisch patiëntendossier (EPD). Momenteel gebeurt dat nog nergens.

Om de registratie- en tijdslast te beperken kunnen de boekjes per post naar de patiënten worden gestuurd. Dit dient voor het eerste consult te gebeuren, en samen met de Urogenitale Klachten Lijst (UKL). De patiënt kan beide dan rustig thuis invullen en meenemen naar de arts.

De continetieverpleegkundige of doktersassistente kan de documenten registreren, eventueel in een geautomatiseerd systeem. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten.

Referenties

Fink, D., Perucchini, D., Schaer, G.N., Haller, U. The role of the frequency-volume chart in the differential diagnosis of female urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 254-7

Richtlijn urine-incontinentie. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2004

Robinson, D., Pearce, K.F., Presser, J.S., Dugan, E., Suggs, P.K., Cohen, S.J. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 224-8

Schick, E., Jolivet-Tremblay, M., Dupont, C., Bertrand, P.E., Tessier, J. Frequency-volume chart: the minimum number of days required to obtain reliable results. *Neurourol Urodyn* 2003; 22: 92-96

Theofrastous, J.P., Bump, R.C., Elser, D.M., Wyman, J.F., McClish, D.K. Correlation of urodynamic measures of urethral resistance with clinical measures of incontinence severity in women with pure genuine stress incontinence. The Continence Program for Women Research Group. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 173: 407-12; discussion 412-4

Van Melick, H.H., Gisolf, K.W., Eckhardt, M.D., van Venrooij, G.E., Boon, T.A. One 24-hour frequency-volume chart in a woman with objective urinary motor urge incontinence is sufficient *Urology* 2001; 58: 188-92

2. Bekkenfysiotherapie	
Relatie tot kwaliteit	Bekkenfysiotherapie belast de patiënt weinig en kan - mits professioneel en recent uitgevoerd – een operatieve behandeling uitstellen of voorkomen.
Operationalisatie	Percentage voor stressincontinentie geopereerde patiënten met gedocumenteerde bekkenfysiotherapie voorafgaand aan de eerste incontinentieoperatie.
Teller	Het aantal voor stressincontinentie geopereerde patiënten met gedocumenteerde bekkenfysiotherapie voorafgaand aan de operatie.
Noemer	Totaal aantal voor stressincontinentie geopereerde patiënten.
Definitie	<p><i>Stressincontinentie:</i> Ongewild urineverlies dat optreedt bij fysieke inspanning, hoesten en niezen. De hoogste prevalentie wordt gezien in de leeftijd tussen 35 en 55 jaar.</p> <p><i>Ernstige prolaps:</i> Verzakking van de baarmoeder, blaas, rectum – afzonderlijk of in combinatie.</p> <p><i>Eerder geopereerde patiënten:</i> Patiënten die in het verleden een operatie hebben gehad voor stressincontinentieklachten</p>
In/ exclusiecriteria	<p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënten met een ernstige prolaps, inclusief patiënten die voor zowel stressincontinentie als prolapsklachten worden geopereerd. - Eerder geopereerde patiënten
Bron teller	(Poli)klinische status of EPD
Bron noemer	DBC registratie, verrichtingenregistratie
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Meetfrequentie	Continu
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau

Rekenregels

Indicator 2	Bekkenfysiotherapie	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Het aantal patiënten met gedocumenteerde bekkenfysiotherapie voorafgaand aan de operatie.	# patiënten noemer waarbij I7 = ja
Noemer	Bepaal het aantal patiënten met een operatie voor stressincontinentieklachten.	# patiënten waarbij I1 en I2 geldt en I6 = ja

Doel indicator

Het beperken van de klachten van incontinentiepatiënten en zo mogelijk voorkomen of uitstellen van operaties.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Bekkenfysiotherapie is weinig belastend voor de patiënt en kan - mits professioneel en recentelijk uitgevoerd – onnodig opereren uitstellen of voorkomen. Het doel van deze therapie is

de patiënte aan te leren hoe zij haar bekkenbodemspieren goed kan gebruiken, hetgeen bijdraagt aan functieherstel van de bekkenbodem. Bekkenfysiotherapie dient te worden uitgevoerd door een bekkenfysiotherapeut. De richtlijn van de NVOG beveelt deze behandeling aan als eerste keuze voor alle patiënten met incontinentieproblematiek (richtlijn NVOG, 2004).

Mogelijkheden tot verbetering

De specialist kan de patiënt naar een bekkenfysiotherapeut verwijzen wanneer hij/zij vaststelt dat bekkenfysiotherapie niet (recentelijk) is gevolgd.

Validiteit

Bekkenfysiotherapie (PFMT: pelvic floor muscle training) kan op korte termijn effectief zijn (Hay-Smith et al., 2005). Intensieve bekkenfysiotherapie is beter dan 'standaard' bekkenfysiotherapie (Hay-Smith et al., 2005). De resultaten van bekkenfysiotherapie lopen in de literatuur uiteen van 27 tot 90% kans op vermindering of verdwijning van de incontinentie-episoden (Gavind et al., 1996). Over de effectiviteit van bekkenfysiotherapie op lange termijn (5-7 jaar) is niet veel bekend (Hay-Smith et al., 2005). Een enkel onderzoek laat zien dat de effectiviteit van PFMT 15 jaar na dato niet is behouden (Bo et al., 2005).

Patiënten die eerder zijn geopereerd voor incontinentieklachten worden uitgesloten voor deze indicator, aangezien de meeste onderzoeken over effectiviteit zijn uitgevoerd in de eerste lijn met minder ernstige patiënten. Of de gevonden effectiviteit bij minder ernstige patiënten ook geldt voor veel ernstiger patiënten is nog de vraag (Cammu et al., 2004). De meeste studies zijn overigens verricht bij jonge, pre-menopauzale vrouwen. Waarschijnlijk krijgt de patiënt door bekkenfysiotherapie meer inzicht in haar aandoening.

Op de vraag hoe lang of hoe vaak bekkenfysiotherapie gegeven moet worden geeft de literatuur geen antwoord (Hay-Smith et al., 2005). De werkgroep verwacht een geringere effectiviteit van bekkenfysiotherapie als deze langer dan een half jaar voor de operatie is gegeven.

Er zijn geen wetenschappelijke studies die aantonen dat een bekkenfysiotherapeut effectiever bekkenfysiotherapie geeft dan een fysiotherapeut. De werkgroep gaat daar echter wel vanuit, omdat bekkenfysiotherapeuten zich in hun studie specifiek op incontinentiepatiënten richten. Zorgverzekeraars vergoeden bekkenfysiotherapie nog maar beperkt. Hierdoor worden patiënten op kosten gejaagd. Indien bekkenfysiotherapie niet (volledig) wordt vergoed, is deze indicator waarschijnlijk onbruikbaar. Het voldoen aan de indicator hangt dan namelijk niet zozeer af van het ziekenhuis of de maatschap, maar van de patiënt; in hoeverre is zij bereid én in staat tot het betalen voor bekkenfysiotherapie. Verschillen tussen ziekenhuizen of maatschappen kunnen hierbij verklaard worden door de patiëntkenmerken van de ziekenhuis- of maatschapspopulatie. Een voorbeeld van een dergelijk kenmerk is de sociaal-economische klasse; indien financieel minder draagkrachtige mensen minder vaak aanvullend verzekerd zijn zullen ziekenhuizen gelegen in sociaal-economisch minder goed bedeelde gebieden slechter scoren op deze indicator.

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Voor een effectieve behandeling zijn naar de mening van de werkgroep begeleiding door een gespecialiseerde hulpverlener en voldoende motivatie van de patiënt essentieel. De patiënt dient gemotiveerd te zijn voor het doen van oefeningen tussen de behandelingen in, anders heeft de behandeling minder nut. Het nut van de behandeling hangt, naast motivatie, ook af van andere patiëntkenmerken, zoals de leeftijd, de taalbeheersing en het cognitief vermogen van de patiënt.

Discriminerend vermogen

Ziekenhuizen en maatschappen laten waarschijnlijk verschillen zien in de mate waarin bekkenfysiotherapie vóór een operatie recent is gevolgd. Hierover zijn echter geen cijfers.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Patiënten met cognitieve beperkingen en patiënten die geen Nederlands spreken, kunnen problemen met bekkenfysiotherapie hebben. Dat kan de waarde van deze indicator beperken.

Registratie

Er zijn verschillende mogelijkheden om gegevens over bekkenfysiotherapie te registreren: Registratie in het patiëntendossier of de medische status. De meting dient hiervoor te worden beschreven in de status (continue registratie).

Registratie aan de hand van een sticker (met barcode) op het patiëntendossier/ de status.

Nadeel: wordt niet betrouwbaar geacht.

Registratie via de rekening aan de verzekeraar (deze optie geldt natuurlijk alleen wanneer de verzekeraar de bekkenfysiotherapie vergoedt).

Registratie via de DBC. Bij het sluiten van de DBC zou de mogelijkheid gegeven moeten worden in een apart veldje deze behandeling te registreren. Nadeel: de betrouwbaarheid hiervan is waarschijnlijk laag. Bovendien geeft het registratielast. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

Bo, K., Kvarstein, B., Nygaard, I. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 999-1005

Cammu, H., Van Nylén, M., Blockeel, C., Kaufman, L., Amy, J.J. Who will benefit from pelvic floor muscle training from stress urinary incontinence? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1152-7

Gavind, K., Noehr, S., Walter, S. Biofeedback and physiotherapy versus physiotherapy al one in the treatment of genuine stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1996; 7: 339-43

Hay-Smith, E.J., Bø K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2005

Richtlijn urine-incontinentie. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2004

3. Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst

Relatie tot kwaliteit	Het gebruik van de vragenlijst kan (1) de anamnese completeren en (2) een vergelijking mogelijk maken tussen klachten vóór en na de behandeling.
Operationalisatie	Percentage incontinentiepatiënten dat vraag 7 t/m 12 van de urogenitale klachten lijst (UKL) zowel pre-operatief als bij het controleconsult (6-8 weken na de operatie) heeft ingevuld.
Teller	Het aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten dat vraag 7 t/m 12 van de urogenitale klachten lijst zowel pre-operatief als bij het controleconsult (6-8 weken na operatie) heeft ingevuld.
Noemer	Totaal aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten.
Definitie	<i>Urogenitale Klachten Lijst (UKL):</i> Deze vragenlijst maakt het mogelijk een oordeel te vormen over de aard van de incontinentie, de ernst en de psychosociale consequenties.
In/ exclusiecriteria	Geen criteria geformuleerd
Bron teller	(poli)klinische status of EPD
Bron noemer	DBC registratie, verrichtingenregistratie
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Meetfrequentie	Continu
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau

Rekenregels

Indicator 3	Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Het aantal geopereerde patiënten dat vraag 7 t/m 12 van de urogenitale klachten lijst zowel pre-operatief als bij het controleconsult (6-8 weken na operatie) heeft ingevuld.	# patiënten noemer waarbij geldt I9 = ja en I3-I9 > 0 en waarbij I10 = ja en geldt I11-I3 \geq 6wk en \leq 8wk
Noemer	Bepaal het aantal patiënten met een operatie voor stressincontinentieklachten.	# patiënten waarbij I1 en I2 geldt en I6 = ja

Doel indicator

Deze indicator kan (1) de anamnese verder completeren en (2) een vergelijking, bijvoorbeeld van de ervaren hinder vóór en na de behandeling, mogelijk maken. Op termijn kan deze indicator worden omgevormd tot een uitkomstindicator waarmee de effectiviteit van een ingreep kan worden bepaald.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Momenteel is de anamnese vaak onvolledig en subjectief (NVOG, 2004). Gebruik van een gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijst, waarmee de ervaren hinder van de patiënt wordt vastgelegd, maakt de anamnese compleet en maakt vergelijking mogelijk. Zo kan met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst het effect van een behandeling worden gemeten indien een meting vóór en na de behandeling wordt verricht. De registratie en analyse van pre- en postoperatieve gegevens over incontinentiechirurgie behoeft verbetering, opdat meer inzicht wordt verkregen in de uitkomsten en kwaliteit van incontinentiechirurgie.

De intake verloopt slechts in enkele ziekenhuizen via een gestandaardiseerde procedure. Pas recent is deze procedure aanbevolen (richtlijn NVOG, 2004). De aanbeveling luidt: "met behulp van gerichte anamnese, bij voorkeur gebruik makend van een gestandaardiseerde vragenlijst, is het goed mogelijk een oordeel te vormen over de aard van de incontinentie, de ernst en de psychosociale consequenties" (Lagro-Janssen et al., 1991; Vierhout, 1990; richtlijn NVOG).

Mogelijkheden tot verbetering

Er zijn voldoende mogelijkheden tot verbetering, aangezien de gestandaardiseerde vragenlijst (nog) niet systematisch wordt gebruikt. De arts heeft het verbeteren van de dataregistratie zelf in de hand. Het invullen van vraag 7 t/m 12 van de vragenlijst kan eventueel samen met de patiënt plaatsvinden, bijvoorbeeld wanneer zij moeite heeft om de vragenlijst zelf in te vullen.

Validiteit

Er zijn verschillende gestandaardiseerde vragenlijsten beschikbaar, waaronder de vragenlijst van de ICS en de UKL (Engels: Urogenital Distress Inventory). Beide vragenlijsten zijn gevalideerd met redelijk goede resultaten (Yalcin and Bump, 2003, Van der Vaart et al. 2003). De werkgroep kiest voor een Nederlandse vragenlijst, gebaseerd op de UKL. De UKL heeft namelijk een aantal voordelen boven andere vragenlijsten. Zo worden in de UKL potentiële complicaties van chirurgie (obstructieve mictie en overactieve blaas) gescoord. Hierdoor kan het succes worden afgewogen tegen de bijwerkingen.

Vanwege de verwachte registratielast (zie het onderwerp registratie) heeft de werkgroep vraag 7 t/m 12 uit de vragenlijst geselecteerd. Dit zijn de belangrijkste vragen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat subschalen (zoals vraag 7 t/m 12) los van de totale vragenlijst kunnen worden gebruikt zonder dat daarmee de validiteit van de vragen wordt aangetast (Van der Vaart, 2003). Achterin de richtlijn van het NVOG is een gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijst beschikbaar, gebaseerd op de UKL.

Betrouwbaarheid

Naar de mening van de werkgroep is deze indicator, namelijk het al dan niet invullen van een klinische vragenlijst, betrouwbaar. Wat de betrouwbaarheid van de inhoud van de vragenlijst betreft constateert de werkgroep dat deze afhangt van de attitude patiënt. Zij kan bijvoorbeeld bewust een verkeerde indruk wekken om de door haar gewenste behandeling te krijgen. Daarnaast kan recall-bias optreden, dat wil zeggen: de patiënt kan zich een belangrijk gegeven niet meer (goed) herinneren, waardoor het invullen van de vragenlijst over de dezelfde periode maar op een ander tijdstip een ander beeld zou kunnen geven.

Discriminerend vermogen

Ziekenhuizen en maatschappen laten waarschijnlijk verschillen zien, aangezien de aanbeveling voor een gestandaardiseerde procedure van recente datum is (richtlijn NVOG, 2004). Cijfers zijn hierover niet beschikbaar.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep.

Registratie

De Nederlandse vragenlijst, gebaseerd op de UKL, bestaat uit verschillende onderdelen, waaronder een effectiviteitsmeting (vraag 7 t/m 12 van de vragenlijst). Voor het invullen en verwerken van de totale vragenlijst wordt een grote registratielast en tijdsinvestering verwacht. Om deze last te beperken, wordt voor deze indicator volstaan met vraag 7 t/m 12. De patiënt mag uiteraard de hele vragenlijst invullen, maar alleen vraag 7 t/m 12 zijn gewenst voor deze indicator.

Momenteel wordt het invullen van de UKL geregistreerd in het patiëntendossier.

De meting dient te worden beschreven in de status (continue registratie). Dit kan het meest efficiënt in een EPD. Dat is momenteel niet het geval. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

Lagro-Janssen ALM, Debruyne FMJ, Van Weel C. Diagnostiek in de huisartspraktijk van incontinentia urinae bij vrouwen goed mogelijk door gerichte anamnese. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135: 1441-4

Richtlijn urine-incontinentie. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2004

Van der Vaart CH, de Leeuw JR, Roovers JP, Heintz AP. Measuring health-related quality of life in women with urogenital dysfunction: the urogenital distress inventory and incontinence impact questionnaire revisited. Neurourol Urodyn 2003; 22: 97-104

Vierhout ME. Meting van ongewenst urineverlies bij de vrouw. Ned Tijdschr Geneeskd 1990; 34: 1837-40

Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 98-101

4. Urineretentie/-residu	
Relatie tot kwaliteit	Met de registratie en analyse van urineretentie/-residu kunnen oorzaken beter worden achterhaald en kan deze complicatie in de toekomst vaker worden voorkomen.
Operationalisatie	Percentage voor incontinentieklachten geopereerde patiënten met last van urineretentie/-residu waarvoor catheterisatie nodig is vanaf 6 weken na de ingreep en/of waarvoor een heroperatie noodzakelijk is.
Teller	Het aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten met last van urineretentie/-residu waarvoor catheterisatie nodig is vanaf 6 weken na de ingreep en/of waarvoor een heroperatie noodzakelijk is.
Noemer	Totaal aantal voor stressincontinentieklachten geopereerde patiënten.
Definitie	<p><i>Urineretentie/-residu:</i> Onvoldoende lediging van de blaas.</p> <p><i>Eerder geopereerde patiënten:</i> Patiënten die in het verleden een operatie hebben gehad voor stressincontinentieklachten.</p> <p><i>Heroperatie:</i> Patiënten waarbij een urineretentie/-residu aanwezig is, waarvoor binnen 6 weken na de initiële operatie voor stressincontinentieklachten wederom een operatie wordt uitgevoerd voor deze klachten.</p>
In/ exclusiecriteria	Exclusie: Eerder geopereerde patiënten
Bron teller	(poli)klinische status of EPD, verrichtingenregistratie
Bron noemer	DBC registratie, verrichtingenregistratie
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Meetfrequentie	Continu
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau

Rekenregels

Indicator 4	Urineretentie/-residu	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Het aantal patiënten waarbij catheterisatie nodig is vanaf 6 weken na de ingreep en/of waarvoor een heroperatie noodzakelijk is.	# patiënten noemer waarbij geldt I12 = ja, I13 = ja en waarbij geldt I14-I3 > 6wk en/of geldt I15 = ja en I16-I3 < 6wk
Noemer	Bepaal het aantal patiënten met een operatie voor stressincontinentieklachten.	# patiënten waarbij I1 en I2 geldt en I6 = ja

Doel indicator

Registratie en analyse van de complicatie urineretentie/-residu. Hiermee kunnen oorzaken beter worden achterhaald en kan deze complicatie in de toekomst meer voorkomen worden.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een incontinentieoperatie kan gepaard gaan met peroperatieve en postoperatieve complicaties. De meeste peroperatieve complicaties, zoals blaasperforaties en vaatlaesies, worden tijdens de

ingreep herkend en behandeld. Postoperatief kunnen een haematoom, (recidiverende) urineweginfecties, de novo urge-incontinentie, urineretentie, zenuwletsels en (bij een TVT-operatie) tape erosie optreden. Urineretentie/-residu kan worden behandeld met resectie van een deel van de tape. Deze operatie wordt poliklinisch of in dagbehandeling uitgevoerd, waarna de bereikte urinecontinentie doorgaans behouden blijft.

Voor een periode van minimaal 6 weken voor follow-up is gekozen, omdat urineretentie/-residu gedurende de eerste weken na de operatie vaker voorkomt, maar meestal binnen korte tijd na de operatie spontaan verdwijnt. Alleen blijvende urineretentie/-residu of een urineretentie/-residu waarvoor binnen 6 weken een heroperatie wordt uitgevoerd worden in deze indicator geregistreerd.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep meent dat urineretentie/-residu vaker voorkomen kan worden door een betere indicatiestelling en operatietechnieken.

Validiteit

Urineretentie/-residu kan ontstaan doordat bij de operatie 'overcorrectie' heeft plaatsgevonden (Nguyen, 2005). Verschillen tussen ziekenhuizen en maatschappen kunnen deels worden veroorzaakt door een verschil in lost-to-follow-up vanwege verhuizingen, veranderingen in ziektekostenverzekeraar/ behandelend ziekenhuis en sterfte. Vanwege de korte tijdsspanne (vanaf 6 weken na operatie, een controleconsult wordt vaak gepland op 6-8 weken na de operatie) wordt de invloed van deze factoren echter minimaal geacht.

Betrouwbaarheid

Urineretentie/-residu is eenvoudig en zonder inter-observer bias vast te stellen. De werkgroep is van mening dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De incidentie van urineretentie/-residu varieert van 2% tot 6% (Kuuva and Nilsson, 2002; Nguyen, 2005; Karram et al., 2003; Debodinance, 2002).

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Case-mix problematiek speelt wellicht een kleine rol bij deze indicator. Sokol et al. vonden in een multivariabele analyse dat een eerdere operatie voor incontinentieklachten de enige onafhankelijke voorspeller is van urineretentie/-residu (Odds Ratio is 2,96, 95% betrouwbaarheidsinterval 1,17 – 7,06, Sokol et al., 2005). Hiermee is reeds rekening gehouden bij de exclusiecriteria voor deze indicator; eerder voor incontinentieklachten geopereerde patiënten worden geëxcludeerd.

Registratie

Aan de zorgverzekeraars zal worden gevraagd om deze registratie op zich te nemen (continue registratie). Hierbij dient te worden vastgelegd in welk ziekenhuis/door welk maatschap de eerste operatie heeft plaatsgevonden. Er zijn andere mogelijkheden om de complicatie urineretentie/-residu te registreren:

- Registratie in het patiëntendossier/ de status.
- Registratie d.m.v. een sticker op het patiëntendossier. Registratie via deze methode wordt echter minder betrouwbaar geacht.
- Registratie in een geautomatiseerde complicatieregistratie. Momenteel is er nog geen volledig uniforme geautomatiseerde complicatieregistratie geïmplementeerd. Het geeft registratielast en is bovendien perversiteerbaar.
- Registratie via de DBC incontinentiechirurgie. Bij het sluiten van de DBC zou de mogelijkheid gegeven moeten worden in een apart veldje deze complicatie te registreren. De betrouwbaarheid hiervan is waarschijnlijk laag. Bovendien geeft het registratielast. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Ongewenste effecten

Er bestaat een risico op 'ondercorrectie' bij operaties, om aan deze indicator te kunnen voldoen. Dit is echter niet wenselijk. Soms vindt er bewust overcorrectie plaats (met het risico op urineretentie/-residu) omdat verwacht wordt dat dit op termijn de beste behandelresultaten biedt. Daarom is een klein percentage patiënten met urineretentie/-residu geoorloofd bij deze indicator (en zelfs wenselijker dan 0 patiënten met urineretentie/-residu).

Op termijn is deze indicator interessant in combinatie met de indicator over de klinische vragenlijst (mits omgebouwd tot uitkomstindicator, i.e. succespercentage operaties. In dat geval kan het succespercentage worden afgezet tegen de bijwerkingen.

Referenties

Karram MM, Segal JL, Vassalo BJ, Kleeman SD. Complications and untoward effects of the tension-free vaginal tape procedure. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 929-32

Kuiva N, Nilsson CG. A nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 72-7

Nguyen JN. Tape mobilization for urinary retention after tension-free vaginal tape procedures. *Urology* 2005; 66: 523-6

Sokol AI, Jelovsek JE, Walters MD, Paraiso MF, Barber MD. Incidence and predictors of prolonged urinary retention after TVT with and without concurrent prolapse surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1537-43

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld kunnen 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 stressincontinentie bij de vrouw. 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. Vervolgens 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
10	Patiënt nummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1: Mictie-/incontinentiedagboek 2: Bekkenfysiotherapie 3: Gestandaardiseerde vragenlijst 4: Urineretentie/-residu
11	Operatie voor incontinentieklachten	<p>Bij het vaststellen van de populatie gaat het om de onderstaande DBC-codes:</p> <p>Zorgtype 11. reguliere zorg</p> <p>Diagnose G25 incontinentie/ prolaps</p> <p>Behandeling 602 operatief groep 2 dagbehandeling zonder diagnostische ingreep 612 operatief groep 2 dagbehandeling met diagnostische ingreep 603 operatief groep 2 klinisch zonder diagnostische ingreep 613 operatief groep 2 klinisch met diagnostische ingreep 703 operatief groep 3 klinisch zonder diagnostische ingreep 713 operatief groep 3 klinisch met diagnostische ingreep</p>	DBC Registratie	<p>Uit de DBC code blijkt niet of het gaat over prolaps, incontinentie of een combinatie van beiden.</p> <p>Gecompliceerde patiënten (zorgtype 21) worden bewust uit de indicatoren gehouden.</p>	1: Mictie-/incontinentiedagboek 2: Bekkenfysiotherapie 3: Gestandaardiseerde vragenlijst 4: Urineretentie/-residu

12	Incontinentie operatie	<p>37342 Eenvoudige behandeling incontinentia urinae, open procedure .</p> <p>37343 Uitgebreide behandeling incontinentie urinae</p> <p>37345 Endoscopische uitgebreide incontinentia urinae behandeling, inclusief voor/achterwand plastiek</p> <p>Let op: Per 1 juli 2009 zijn bovenstaande verrichtingencodes beëindigd. In plaats daarvan gelden de volgende codes:</p> <p>037345 Endoscopische uitgebreide incontinentia urinae behandeling, inclusief voor-/achterwand plastiek.</p> <p>037346 Anti incontinentie chirurgie: midurethrale sling (MUS-procedure, bijvoorbeeld TVT, TVTO), exclusief voor-/achterwandplastiek.</p> <p>037347 Anti incontinentie chirurgie: midurethrale sling (MUS-procedure, bijvoorbeeld TVT, TVTO), inclusief voor-/achterwandplastiek.</p> <p>037348 Anti incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor-/achterwandplastiek.</p> <p>037349 Anti incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld</p>	Verrichtingen registratie	<p>1: Mictie-/incontinentiedagboek</p> <p>2: Bekkenfysiotherapie</p> <p>3: Gestandaardiseerde vragenlijst</p> <p>4: Urineretentie/-residu</p>
----	------------------------	--	---------------------------	---

Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), inclusief voor-/achterwandplastiek.					
13	Datum operatie	dd-mm-jjjj	Verrichtingen registratie	De datum dat een van de bovenstaande operaties is uitgevoerd.	1: Mictie-/incontinentiedagboek 2: Bekkenfysiotherapie 3: Gestandaardiseerde vragenlijst 4: Urineretentie/-residu
14	Datum start dagboek	dd-mm-jjjj	Via (poli)klinische status of EPD		1: Mictie-/incontinentiedagboek
15	Datum eind dagboek	dd-mm-jjjj	Via (poli)klinische status of EPD		1: Mictie-/incontinentiedagboek
16	Operatie voor stress incontinentie klachten	1 = ja 2 = nee	Via (poli)klinische status of EPD	Het onderscheid tussen stress incontinentie en incontinentie met andere oorzaken is alleen te maken vanuit een (electronisch) patiëntendossier.	1: Mictie-/incontinentiedagboek 2: Bekkenfysiotherapie 3: Gestandaardiseerde vragenlijst 4: Urineretentie/-residu
17	Bekkenfysiotherapie preoperatief	1 = ja 2 = nee	Via (poli)klinische status of EPD	Bekkenfysiotherapie vindt meestal buiten het ziekenhuis plaats. Of bekkenfysiotherapie preoperatief heeft plaatsgevonden kan uitsluitend achterhaald worden indien dit gedocumenteerd is in de (poli)klinische status of het EPD.	2: Bekkenfysiotherapie
18	Vraag 7-12 UKL preop	1 = ja 2 = nee	Via (poli)klinische status of EPD	De vragenlijsten worden op papier of in het EPD vastgelegd.	3: Gestandaardiseerde vragenlijst
19	Datum ukl preop	dd-mm-jjjj	Via (poli)klinische status of EPD	De vragenlijsten worden op papier of in het EPD vastgelegd.	3: Gestandaardiseerde vragenlijst
110	Vraag 7-12 ukl postop	1 = ja 2 = nee	Via (poli)klinische status of EPD	De vragenlijsten worden op papier of in het EPD vastgelegd.	3: Gestandaardiseerde vragenlijst

111	Datum 7-12 ukl postop	dd-mm-jjjj	Via (poli)klinische status of EPD	De vragenlijsten worden op papier of in het EPD vastgelegd.	3: Gestandaardiseerde vragenlijst
112	Catheterisatie (voor urineretentie/- residu)	1 = ja 2 = nee	Via (poli)klinische status of EPD	Betreft catheterisatie voor urineretentie/-residu.	4: Urineretentie/- residu
113	Urineretentie/- residu	1 = ja 2 = nee	Via (poli)klinische status of EPD		4: Urineretentie/- residu
114	Datum Catheterisatie (voor urineretentie/- residu)	dd-mm-jjjj	Via (poli)klinische status of EPD		4: Urineretentie/- residu
115	Heroperatie (= 2 ^o operatie voor dezelfde incontinentie klachten)	1 = ja 2 = nee	Via (poli)klinische status of EPD	Of sprake is van een vervolgoperatie kan alleen blijken uit de status. De patiënt kan de eerste operatie ondergaan hebben in een ander ziekenhuis.	4: Urineretentie/- residu
116	Datum heroperatie	dd-mm-jjjj	Via (poli)klinische status of EPD		4: Urineretentie/- residu

Bijlage 1: Wijzigingen in zorginhoudelijke indicatoren n.a.v. gegevensuitvraag in 2010 over verslagjaar 2009

Stressincontinentie bij de vrouw		
Indicator *	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	<ul style="list-style-type: none"> Er is toegevoegd in de gids dat de indicatoren alleen uitgevraagd worden bij de gynaecologie en (nog) niet van toepassing zijn op de urologie. 	<ul style="list-style-type: none"> Er waren onduidelijkheden over het gebruik van gynaecologische en/of urologische DBC's, omdat deze laatste niet opgenomen zijn in de variabelenlijst.
2. Bekkenfysiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> De exclusiecriteria zijn geherformuleerd: <ul style="list-style-type: none"> Patiënten met een ernstige prolaps, inclusief patiënten die voor zowel stressincontinentie als prolapsklachten worden geopereerd. Eerder geopereerde patiënten. <p>De exclusiecriteria zijn niet meer opgenomen in de variabelenlijst. Hierdoor is ook de nummering van de variabelen gewijzigd.</p> <p>Er is toegevoegd wat wordt verstaan onder 'eerder geopereerde patiënten'. De definitie 'eerder geopereerde patiënten': Patiënten die in het verleden een operatie hebben gehad voor stressincontinentklachten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De exclusiecriteria waren onduidelijk geformuleerd, en daardoor was de afbakening van de patiëntenpopulatie niet voor iedereen duidelijk. Naar aanleiding hiervan zijn ook de algemene in-/exclusiecriteria aangepast. De definitie van 'eerder geopereerde patiënten' was niet duidelijk.
4. Urineretentie/-residu	<p>Er is toegevoegd wat wordt verstaan onder 'eerder geopereerde patiënten' en 'heroperatie'. Zie aanpassing bij indicator 2 voor de definitie 'eerder geopereerde patiënten'. De definitie 'heroperatie': Patiënten waarbij een urineretentie/-residu aanwezig is, waarvoor binnen 6 weken na de initiële operatie voor stressincontinentieklachten wederom een operatie wordt uitgevoerd voor deze klachten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Het verschil tussen de 'eerder geopereerde patiënten' en 'heroperatie' was niet duidelijk, waardoor de patiënten- populatie niet nauwkeurig vastgesteld kon worden.

*Indien een indicator niet in deze lijst voorkomt, is deze ongewijzigd gebleven

Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen

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

- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Deel 2: Klantpreferentievragen

1. Klantpreferentievragen Stressincontinentie bij de vrouw

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg van stressincontinentie bij de vrouw. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument 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 wordt de technische haalbaarheid toegelicht.

Vraag 1	<p>A. Zijn de onderstaande specialismen werkzaam¹ op uw ziekenhuislocatie en zijn zij betrokken bij de behandeling van vrouwen met stressincontinentie? *</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Specialisme</th> <th colspan="2">Werkzaam¹ op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gynaecologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Urologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. Vul in hoeveel vrouwen met stressincontinentie er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door de onderstaande specialismen.</p> <p><i>(aantallen invullen)</i></p> <p>Gynaecologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal gynaecologen² op uw ziekenhuislocatie dat vrouwen met stressincontinentie behandelt (<u>aantal personen</u>) * ____ - Het aantal vrouwen met stressincontinentie dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme gynaecologie³ ____ <p>Urologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal urologen² op uw ziekenhuislocatie dat vrouwen met stressincontinentie behandelt (<u>aantal personen</u>) * ____ - Het aantal vrouwen met stressincontinentie dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme urologie³ ____ <p>C. Vul in of de onderstaande specialismen op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werken. *</p> <p><i>(aanvinken, per specialisme en per categorie één antwoord mogelijk)</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Specialisme</th> <th colspan="2">coassistenten</th> <th colspan="2">ANIOS</th> <th colspan="2">AIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gynaecologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Urologie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>	Specialisme	Werkzaam ¹ op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?		Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	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	Werkzaam ¹ op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?																														
Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																													
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																													
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS																										
Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																									
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																									

Definities	<p>¹Werkzaam op uw ziekenhuislocatie wil zeggen: het specialisme registreert haar DBC's op uw ziekenhuislocatie.</p> <p>²Exclusief ANIOS en AIOS</p> <p>³Selecteer 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. Inclusief patiënten die door ANIOS en AIOS zijn behandeld.</p> <p><i>Gynaecologie</i></p> <table border="1" data-bbox="376 517 636 600"> <tr><td>0307.11.G25.***</td></tr> <tr><td>0307.21.G25.***</td></tr> </table> <p><i>Urologie</i></p> <table border="1" data-bbox="376 667 660 772"> <tr><td>0306.11.05.34.***</td></tr> <tr><td>0306.13.05.34.***</td></tr> <tr><td>0306.21.05.34.***</td></tr> </table>	0307.11.G25.***	0307.21.G25.***	0306.11.05.34.***	0306.13.05.34.***	0306.21.05.34.***
0307.11.G25.***						
0307.21.G25.***						
0306.11.05.34.***						
0306.13.05.34.***						
0306.21.05.34.***						
Technische haalbaarheid	<p>*Peildatum: 1 april 2011</p> <p>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 is 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 is.</p>					
Toelichting	<p>Patiënten vinden de ervaring van de behandelend artsen uitgedrukt in het aantal behandelde patiënten belangrijk.</p> <p>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	<p>A. Beschikt uw ziekenhuislocatie over een centrum voor bekkenbodempromblematiek¹?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Welke van de onderstaande disciplines zijn vertegenwoordigd binnen dit centrum voor bekkenbodempromblematiek¹?*</p> <p><i>(aanvinken, per zorgprofessional één antwoord mogelijk)</i></p> <table border="1" data-bbox="416 1697 1386 1998"> <thead> <tr> <th>Vertegenwoordigd in centrum?</th> <th>Ja, vast</th> <th>Ja, op afroep</th> <th>Nee</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Discipline</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gynaecoloog</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uroloog</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(in)continentieverpleegkundige</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bekkenbodempromblematie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Seksuoloog</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> </tr> </tbody> </table>	Vertegenwoordigd in centrum?	Ja, vast	Ja, op afroep	Nee	Discipline				Gynaecoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uroloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(in)continentieverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekkenbodempromblematie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seksuoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertegenwoordigd in centrum?	Ja, vast	Ja, op afroep	Nee																														
Discipline																																	
Gynaecoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Uroloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
(in)continentieverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Bekkenbodempromblematie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Seksuoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														

Definities	¹ Onder een centrum voor bekkenbodempoblematiek wordt bijvoorbeeld een bekkenbodemspreekuur, multidisciplinaire incontinentiepolikliniek of polikliniek urogynaecologie verstaan. In het centrum werken verschillende disciplines samen op het gebied van bekkenbodempoblematiek
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 3	Is er op uw ziekenhuislocatie een verpleegkundig spreekuur met een speciaal daartoe opgeleide (in)continentieverpleegkundige? * (aanvinken, één antwoord mogelijk) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Definities	Geen bijzonderheden.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 4	Op welke wijze wordt over onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten die een incontinentieoperatie moeten ondergaan? * (aanvinken, per onderwerp meerdere antwoorden mogelijk)																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Methode Onderwerp</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>Mogelijke complicaties bij de operatie</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>Kans van slagen van de operatie</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>Het te verwachten resultaat na de operatie</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>Eventuele restverschijnselen na de operatie</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 Onderwerp	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website ¹)	Anders, namelijk —	Geen informatie	Mogelijke complicaties bij de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kans van slagen van de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het te verwachten resultaat na de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eventuele restverschijnselen na de operatie	<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 Onderwerp	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website ¹)	Anders, namelijk —	Geen informatie																																					
Mogelijke complicaties bij de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Kans van slagen van de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Het te verwachten resultaat na de operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Eventuele restverschijnselen na de operatie	<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	Geen bijzonderheden.																																										
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011																																										

Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen

Klantpreferentievraag *	Stressincontinentie bij de vrouw	
	Aanpassingen	Opmerkingen
1	De specialisatie van de arts wordt uitgedrukt in het aantal patiënten dat het specialisme gedurende het verslagjaar behandelt.	Het aantal patiënten is een eenduidigere maatstaf dan het volgen van congressen en bij- en nascholing. Hierdoor zijn ziekenhuizen onderling beter te vergelijken.
2	De oorspronkelijke vraag 3 is verwerkt in vraag 2 (deelvraag B).	Zowel vraag 2 als vraag 3 gingen in op de aandoeningsspecifieke polikliniek.
2	Het bekkenbodemspreekuur is uit de vraagstelling verwijderd.	Een aandoeningsspecifieke polikliniek omhelst meer dan een spreekuur en de aanwezigheid daarvan geeft daarom relevantere informatie voor patiënten
2	De discipline 'chirurg' is uit het rijtje met zorgverleners verwijderd.	Deze discipline is niet betrokken bij de behandeling van stressincontinentie
2	De categorie 'anders, namelijk' is toegevoegd aan de antwoordmogelijkheden	Op deze manier kunnen ziekenhuizen buiten de voorgeprogrammeerde opties nog andere disciplines toevoegen indien die deelnemen aan het centrum.
2 en 3	Het woord 'continentieverpleegkundige' is vervangen door '(in)continentieverpleegkundige'	Beide termen worden in praktijk gebruikt, maar houden hetzelfde in.
4	De antwoordmogelijkheden zijn verduidelijkt. Ook zijn de antwoordmogelijkheden 'anders namelijk' en 'geen informatie' zijn toegevoegd	Deze toevoeging maakt de antwoordmogelijkheden sluitend.

*Indien een vraag niet in deze lijst voorkomt, is deze ongewijzigd gebleven

Afkortingenlijst

AIRE	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ICS	De International Continence Society
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MUS	MidUrethrale Sling
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
TVT	Tension-free Vaginal Tape
TVTO	Tensionfree Vaginal Tape Obturatorius
UKL	Urogenitale klachten lijst
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland