

TNO Kwaliteit van Leven

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z 2008.044

Invoering van de aanbevelingen van de Werkgroep Infectiepreventie met betrekking tot de preventie van urineweginfecties door blaaskatheterisatie

Datum	Mei 2008
Auteur(s)	R.J.M. Perenboom M.E. van den Akker-van Marle M. Verlaan
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer	011.10018
Aantal pagina's	65 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	3

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vernieuwvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2008 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Doel en proces van implementatie	4
2.1	Doel.....	4
2.2	In te voeren maatregelen.....	4
2.3	Werkwijze.....	4
2.4	Procesevaluatie	7
3	Resultaten	8
3.1	Respons.....	8
3.2	Kennis van de het project en de maatregelen.....	9
3.3	Op welke wijze kennis genomen van de maatregelen	10
3.4	Bekendheid met de risico's van katheterisatie.....	10
3.5	Belang van de maatregelen	11
3.6	Verwachtingen en problemen ten aanzien van de maatregelen	11
3.7	Voorwaarden voor het werken volgens de maatregelen	13
3.8	Werken volgens de maatregel.....	14
4	Kosten	17
5	Conclusies	19
	Bijlage(n)	
	A Voorstel actieplan invoering aanbevelingen ter beperking van blaaskatheterisatie (handleiding)	
	B Vragenlijst invoering aanbevelingen ter beperking van blaaskatheterisatie	
	C Vragenlijst invoering aanbevelingen ter beperking van blaaskatheterisatie Nameting	

1 Inleiding

De WIP-richtlijn "Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra" bevat meer dan vijftig aanbevelingen (WIP, 2005). De verwachting is dat een doelmatig gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk eerder wordt bereikt door implementatie te richten op de negen aanbevelingen die een directe causale relatie hebben met het ontstaan van een urineweginfectie en daarom het grootste preventieve effect zullen hebben dan met een poging om alle aanbevelingen te implementeren. Daarnaast is de verwachting dat implementatie van deze aanbevelingen het best kan geschieden met in achtname van de lokale kenmerken. Het invoeringsproces is dan ook geconcentreerd op het *zelf doen*.

De deelnemende ziekenhuizen maken zelf een implementatieplan, met daarin hun eigen keuzes van de aanbevelingen die ze in willen voeren en de wijze hoe ze deze aanbevelingen willen invoeren, gebaseerd op eigen mogelijkheden, cultuur en traditie. Om ze te helpen dit implementatieplan te maken is een 'Handleiding' gemaakt (zie bijlage A), waarin achtergrond informatie over de WIP-Richtlijn is opgenomen, achtergrond over factoren die van belang zijn bij implementatie van nieuwe werkwijzen alsmede ideeën en suggesties met betrekking tot de aanpak van de implementatie. Deze Handleiding is verspreid onder de leden van de - voor de implementatie opgerichte - ziekenhuiswerkgroepen (per ziekenhuis één werkgroep). Deze handleiding is met een eenmalige mondelinge instructie en toelichting bij de werkgroep geïntroduceerd.

Conform de opzet van het gehele onderzoeksproject zijn de 10 deelnemende ziekenhuizen verdeeld in 2 groepen van 5. De eerste groep (A) heeft de handleiding en de eenmalige mondelinge instructie gekregen tussen september 2006 en november 2006. De daadwerkelijke invoering van de maatregelen vond in deze groep over het algemeen plaats voor 1 januari 2007. De tweede groep ziekenhuizen heeft de handleiding en de mondelinge instructies ontvangen tussen januari en februari 2007. De invoering van de maatregelen per ziekenhuis vond plaats voor 1 mei 2007.

In deze rapportage wordt het invoeringsproces besproken alsmede de resultaten van de interviews/enquêtes die gehouden zijn om inzicht in het proces en de effecten te krijgen. Tevens wordt in deze rapportage beschreven wat de financiële pro's en cons van het invoeren van de richtlijn zijn geweest in het algemeen en met name deze specifieke wijze van invoeren.

2 Doel en proces van implementatie

2.1 Doel

Het gehele implementatieproces heeft tot doel dat leiding, artsen en verpleegkundigen van de participerende afdelingen:

- op de hoogte zijn van het project;
- de risico's kennen van blaaskatheterisatie voor het ontstaan van urineweginfecties;
- het belang onderschrijven van de beperking van blaaskatheterisatie;
- de maatregelen kennen om katheterisatie te beperken met betrekking tot indicatiestelling, gebruik katheters, duur katheterisatie en gebruik van alternatieven;
- zich in staat achten de maatregelen op te volgen;
- de maatregelen opvolgen zoals bedoeld;
- de beschikking hebben over de benodigde hulpmiddelen (echografie, incontinentiematerialen);
- bij onduidelijkheden of vragen over de uitvoering van de gekozen maatregelen de werkgroep/ ziekenhuishygiënist raadplegen.

2.2 In te voeren maatregelen

De maatregelen waar het implementatieproces zich op richtte hebben betrekking op:

- de vermindering van onterechte indicaties;
- het beperken van het gebruik van katheters;
- het beperken van de duur van de katheterisatie en
- het bevorderen van het gebruik van incontinentiematerialen (luiers, condoomkatheters etc.).

2.3 Werkwijze

Om de maatregelen in te voeren op een voor ieder ziekenhuis eigen wijze is de volgende aanpak gekozen:

In elk ziekenhuis is een werkgroep voor het project geformeerd. Deze bestaat uit een ziekenhuishygiënist, artsen/arts-assistenten en verpleegkundigen/verpleegkundig teamleiders van de deelnemende afdelingen in het ziekenhuis. Deze werkgroep woont de mondelinge instructie bij, maakt het ziekenhuisspecifieke implementatieplan (actieplan), voert dit plan uit en monitort de voortgang van het implementatieproces. Tevens dragen zij informatie aan ten behoeve van de procesevaluatie door TNO.

In de mondelinge instructie zijn de volgende punten aan de orde geweest:

- het bespreken van de suggesties in handleiding om te komen tot een plan van aanpak voor het ziekenhuis voor de invoeringsactiviteiten;
- het bespreken van de mogelijke maatregelen voor het beperken van blaaskatheterisatie;
- een korte scholing over de implementatie van richtlijnen in ziekenhuizen. Hierbij is specifiek aandacht besteed aan bevorderende en belemmerende factoren bij het naleven van (infectiepreventie)richtlijnen, aan methoden om het naleven te bevorderen en aan valkuilen bij de invoering van de maatregelen.

De bedoeling is dat de ziekenhuizen met behulp van de handleiding en de instructie een keuze maken uit voor de voor de deelnemende afdelingen meest geschikte, haalbare en uitvoerbare activiteiten en maatregelen. Het gaat om twee soorten activiteiten, te weten:

- activiteiten om de medewerkers 'warm' te maken voor de implementatie en activiteiten voor voorlichting en bewaken van de voortgang;
- activiteiten om te komen tot een verzameling van maatregelen voor het beperken van de blaaskatheterisatie

Het kan heel goed zijn dat de ziekenhuizen en daarbinnen de afdelingen bij de maatregelen om de blaaskatheterisatie te beperken nog andere afspraken willen maken of juist af willen zien van wat wordt voorgesteld. Van belang is dat elk ziekenhuis zoveel mogelijk afspraken maakt die haalbaar en uitvoerbaar zijn.

Wat betreft de wijze van implementeren (de aandacht vestigen op de maatregelen en bestendigen) hebben de verschillende ziekenhuizen verschillende keuzen gemaakt. Sommige ziekenhuizen hebben een meer ludieke aanpak gekozen (posters), vaak gecombineerd met een meer inhoudelijke benadering (scholing, voorlichting), andere hebben zich beperkt tot de meer inhoudelijke benadering, omdat dat beter bij hun cultuur aansluit. In tabel 1 is per ziekenhuis weergegeven op welke wijze de maatregelen onder de aandacht zijn gebracht. Hierbij moet opgemerkt worden dat niet alle deelnemende afdelingen in een ziekenhuis dezelfde methoden heeft gehanteerd.

Tabel 1. Wijze van onder de aandacht brengen (volgens opgave actieplannen)

Ziekenhuis	Acties
Bemhoven ziekenhuis, Veghel, Oss	Bladderprotocol herzien (al in eerder project), nu kaartjes met 'handleiding' gebruik; Voorlichting tijdens werkoverleg; Artikel in ziekenhuisbulletin en op intranet; Poster: Katheter: nodig of overbodig?; Informatie aan aandachtsfunctionaris per afdeling; Specialisten op de hoogte via brief van uroloog; Bevorderen gebruik alternatieven.
Deventer ziekenhuis, Deventer	Nieuwsbrief; Flyers; Posters (Beter geen Katheter, Baas in eigen blaas); Prijsvraag voor Poster slogan; Weekbericht; Scholing/algemene klinische les; Werkbesprekingen.
Haga ziekenhuis, Den Haag	Voorlichting door klinische les, in artsenoverleg en in werkoverleg; Nieuwsbrief; Klinische les; Kaartje maken met indicaties; Katheterindicatie op afspraken/communicatieblad; Dagelijks heroverwegen noodzaak katheter; Protocol ontwikkelen; Produktenlijn alternatieven herzien.

Kennemer gasthuis, Haarlem	Nieuwsbrief; Klinische les; Updaten en aanvullen protocollen m.b.t. katherisatie en verwisselen katheterzak; Inschakelen incontinentie-verpleegkundige.
Laurentius ziekenhuis, Roermond	Vastleggen aanwezigheid katheter op het decursusformulier; Datum inbreng in verpleegplan vastleggen; Na bepaalde vaste tijd verwijderen van katheter; Standaardplan bladderscan maken; Medewerkers attenderen op bewust stil staan bij noodzaak van katheter; Dagelijks bij visite beoordelen of katheter nog nodig is; Protocollen aanpassen/updaten.
LUMC, Leiden	Brief aan medewerkers; Informatie in stafoverleg; Informatie in postvak; Klinische les; Evaluatie indicatie en duur bij dagelijkse visite; Inschakelen teamleden op aandachtsgebied; Gebruikmaken van extern aanwezige expertise incontinentiemateriaal; Overleg met medisch hoofd; Inschakelen uroloog; Aanschaf bladderscan.
MCRZ, Rotterdam	Protocollen nakijken en updaten, ook in DKSE (elektronisch kwaliteitssysteem); Schema (soort afvinklijst) dagelijkse check-up katheters; Posters; Dia/Powerpointpresentatie.
Ziekenhuis Rivierenland, Tiel	Tijdens artsensite aan orde stellen; Posters; Schriftelijke informatie; Protocollen herzien en aangepast (met name wanneer welke materialen) en aandacht bij visites.
St Elisabeth ziekenhuis, Tilburg	Geplastificeerd kaartje met indicaties; Posters; Powerpointpresentaties op afdelingen; Informatie op Intranet en in ziekenhuisbulletin; Artikel in 'Monitor'; Brief aan alle hoofden en artsassistenten; Protocollen herzien.

VUmc, Amsterdam	Posters (katheter: hoe korter hoe beter; Baas in eigen Blaas); Stukje in 'Tracer'; Nieuwsbrief; Klinische les; A-4 in postvak medewerkers; Werkoverleg; Vastlegging in dossier; Stickers in dossier.
-----------------	---

Alle ziekenhuizen hebben een moment aangegeven dat zij zijn begonnen met de invoering van de maatregelen. Die invoeringsdatum ligt niet voor alle ziekenhuizen gelijk: er is natuurlijk verschil tussen de A en de B-groep, maar ook binnen de groepen is er een verschil van soms enkele weken. Het opstellen van het implementatieplan heeft soms meer tijd geveerd dan bij aanvang voorzien, of er hebben zich omstandigheden voorgedaan die tot uitstel hebben geroepen.

2.4 Procesevaluatie

Om te bezien of de aanpak zoals boven omschreven ook tot daadwerkelijk veranderingen in de werkwijze m.b.t. katheterisatie heeft geleid en of de doelen zoals omschreven in 2.1. zijn gehaald is door TNO een procesevaluatie gehouden. Informatie hiervoor is ten eerste betrokken via interviews en mail-correspondentie met de genoemde werkgroepen en ziekenhuishygiënisten.

Daarnaast is een tweetal schriftelijke enquêtes gehouden onder het personeel van de deelnemende afdelingen. De eerste enquête (zie Bijlage B) is afgenomen in de eerste weken na de start van de implementatie. Hiermee is beoogd een soort nulsituatie vast te leggen. Voor de groep B ziekenhuizen heeft de afname circa 5 maanden na de groep A ziekenhuizen plaatsgevonden.

De tweede enquête (zie Bijlage C) is voor alle ziekenhuizen tegelijkertijd uitgezet aan het eind van het implementatietraject, in oktober 2007. Gegeven de gerapporteerde belasting die het onderzoek voor de afdelingen en het personeel betekende is de tweede vragenlijst drastisch ingekort tot de hoogstnoodzakelijke vragen.

Overigens is door verschillende ziekenhuizen aangegeven dat de werkzaamheden die in het kader van het project en het onderzoek uitgevoerd moeten worden veel meer zijn dan bij de uitnodiging tot deelname was ingeschat.

De resultaten van de procesevaluatie zullen vooral aan de hand van de schriftelijk enquêtes worden beschreven. De informatie uit de interviews zal gebruikt worden om - waar nodig - specifieke zaken toe te lichten. Omdat de vragenlijst uit de tweede meting drastisch ingekort moest worden zijn de vragen niet (woordelijk) gelijk aan die uit de eerste meting. Dit betekent dat vergelijking van eerste en tweede meting vooral op inhoudelijk/conceptueel niveau plaatsvindt en er geen statistische toetsing gebruikt wordt.

3 Resultaten

3.1 Respons

Voor de eerste meting zijn in totaal 1050 vragenlijsten verstuurd. Omdat niet duidelijk was hoeveel personeel er per deelnemende afdeling aanwezig is, is aan de ziekenhuishygiënisten gevraagd om de vragenlijst random uit te zetten bij 50% van de personeelsleden van de afdelingen. In concreto is gevraagd om de vragenlijsten in ieder 'tweede' postvakje te leggen. Gevraagd is wel onderscheid te maken tussen verpleegkundigen en artsen, zodat in beide groepen 50% is benaderd. Daadwerkelijk zijn er voor de eerste meting ongeveer 850 vragenlijsten uitgezet. Daarvan zijn er 351 geretourneerd (respons 43%).

Omdat niet altijd even duidelijk was hoeveel personeelsleden er op de afdelingen werkten (veel parttime, veel wisselingen en reorganisaties), is de exacte respons per ziekenhuis niet helder. De verdeling van ingevulde vragenlijsten per ziekenhuis is opgenomen in tabel 2.

Voor de tweede meting is dezelfde procedure gevolgd. Bedacht moet worden dat gedurende de looptijd van het project (tussen de eerste en tweede meting door), in diverse ziekenhuizen veranderingen in de organisatie hebben plaatsgevonden, waardoor bijvoorbeeld afdelingen zijn opgeheven en samengevoegd et cetera. Tevens zijn op diverse plaatsen grotere of kleinere veranderingen in personeelsbestand opgetreden. Voor de tweede meting zijn 850 vragenlijsten verzonden, hoeveel daarvan daadwerkelijk zijn uitgezet is niet bekend: het aantal geretourneerde vragenlijsten bedraagt 285. In tabel 2 is de verdeling over de ziekenhuizen weergegeven.

Tabel 2 Absoluut aantal geretourneerde vragenlijsten eerste en tweede meting naar Ziekenhuis

Ziekenhuis	N eerste meting	N tweede meting
Bernhoven ziekenhuis, Veghel, Oss	76	39
Deventer ziekenhuis, Deventer	21	21
Haga ziekenhuis, Den Haag	27	20
Kennemer gasthuis, Haarlem	14	11
Laurentius ziekenhuis, Roermond	32	25
LUMC, Leiden	35	40
MCRZ, Rotterdam	33	29
Ziekenhuis Rivierenland, Tiel	21	24
St Elisabeth ziekenhuis, Tilburg	60	39
VUmc, Amsterdam	32	37
Totaal	351	285

Omdat niet duidelijk is hoeveel individuen in de verschillende functies zijn benaderd, heeft een uitsplitsing van de respons naar functie niet veel betekenis. Maar voor de volledigheid wordt hier gemeld dat zowel in de eerste als in de tweede meting circa 80% van de vragenlijsten is ingevuld door verpleegkundigen en circa 10% door artsen en arts-assistenten. De overige 10% komt voor rekening van andere functies met een grote verscheidenheid aan functiebenamingen.

Gezien de relatief lage aantallen per ziekenhuis zal rapportage verder plaatsvinden op het totale aantal. Waar nodig of gewenst wordt een specifieke situatie naar ziekenhuis uitgelicht.

3.2 Kennis van de het project en de maatregelen

In alle ziekenhuizen is in meer of mindere mate aandacht geschonken aan alle vier de maatregelen: indicatiestelling, verblijfsduur (m.u.v. MCRZ), aantal katheters en alternatieven. De wijze waarop deze maatregelen bekend zijn gemaakt verschilt per ziekenhuis.

Aan het begin van het gehele proces blijkt dat bijna 9% van de respondenten niet op de hoogte is van het implementatie-project. Bijna een kwart vindt zichzelf een beetje op de hoogte en 67% geeft aan redelijk tot goed op de hoogte te zijn.

Wordt concreet naar de te nemen maatregelen gekeken, dan blijkt dat in de eerste meting 29% aangeeft niet op de hoogte te zijn van de concrete maatregelen, 25% een beetje en 45% redelijk tot goed.

Aan het eind van het project geeft 7% van de respondenten aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van het project. 22% is een beetje op de hoogte en 71% is redelijk tot goed op de hoogte.

Aan het eind geeft 16% aan niet op de hoogte te zijn van de concrete maatregelen die genomen zijn, 22% geeft aan een beetje op de hoogte te zijn en 62% is redelijk tot goed op de hoogte.

Aan het eind van het project geeft bijna 52% aan dat er op het terrein van de indicatiestelling maatregelen zijn genomen (zie tabel 1). Zo zijn er kaartjes gedrukt met daarop de terechte en onterechte indicaties, in andere gevallen zijn er afspraken gemaakt om vaker alternatieven in te zetten bijvoorbeeld bij residubepaling (bladderscan). Artsen wordt gevraagd nog eens duidelijk naar de indicatie te kijken. 57% van de respondenten geeft aan dat gedurende het project maatregelen zijn genomen om de verblijfsduur van katheters te beperken. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld bij visites consequent te laten beoordelen of een katheter nog nodig is. Er vindt betere en meer zichtbare registratie van de dag van inbreng van een katheter plaats in de verpleegplannen. Als er een beslissing is om een katheter te verwijderen wordt niet gewacht tot een volgende dienst of zelfs volgende dag, maar gebeurt dat direct. 40% van de respondenten gaf aan dat er maatregelen zijn ingevoerd gericht op het gebruik van alternatieven. Zo wordt veel meer de bladderscan gebruikt voor residubepaling en vaker gebruik gemaakt van condoomkatheters en luiers. Ten slotte geeft 34% aan dat er maatregelen zijn genomen in meer algemene zin die betrekking hebben op de preventie van infecties. Te denken valt aan maatregelen rond het wisselen van de opvangzakken en het meer volgen van protocollen ten aanzien van het inbrengen van een katheter.

Het is bij het begin van het project voor 33% van de respondenten niet of slechts een beetje duidelijk waarom de maatregelen worden ingevoerd. Aan het eind van het project geeft 28% van de respondenten aan dat het niet of slechts een beetje duidelijk is. In het begin was het bij 29% volledig duidelijk, aan het eind bij 38%.

Het project heeft er dus wel aan bijgedragen dat – ondanks veel personeelswijzigingen en dergelijke die in ziekenhuizen plaatsvinden – er een duidelijke toename is van de bekendheid met en de redenen van invoering met de maatregelen.

3.3 Op welke wijze kennis genomen van de maatregelen

Om de maatregelen die door de werkgroep waren gekozen voor het voetlicht te krijgen zijn door de ziekenhuizen diverse activiteiten ontwikkeld. Enkele ziekenhuizen hebben posters laten maken om in meer algemene zin de aandacht op katheterisatie te richten (Baas in eigen blaas). Twee ziekenhuizen hebben geplastificeerde kaartjes laten maken met daarop de terechte en onterechte indicaties voor blaaskatheterisatie. Bijna alle ziekenhuizen hebben op de een of andere wijze ervoor gezorgd dat in de statussen of verpleegplannen duidelijk gemeld werd of, wanneer en waarom een blaaskatheter is ingebracht en of die nog moet blijven of verwijderd kan worden.

In welke mate kanalen van belang zijn geweest voor het informeren en communiceren over het project is in tabel 3 weergegeven. Dit is de situatie zoals aan het begin van het project gemeten.

Tabel 3 Communicatie/informatiekanalen (% respondenten afgerond)

Communicatiekanaal	%
Schriftelijke informatie (brief/folder)	32
e-mail	11
Nieuwsbrief	10
Ziekenhuistijdschrift	1
Poster	16
Klinische les/scholing	21
Staf/werkoverleg	31
Op andere wijze (bijv via collega)	24

Schriftelijke informatie en het werkoverleg zijn de belangrijkste kanalen geweest om het project bekendheid te geven binnen de afdelingen van de ziekenhuizen.

In een aantal ziekenhuizen is in de loop van het project aandacht aan het project en de preventie van urineweginfecties geschonken via een klinische les, vaak gegeven door of in samenwerking met een incontinentieverpleegkundige. Aan het eind geeft bijna 28% van de respondenten aan een klinische les, scholing of cursus te hebben gehad over het werken volgens de maatregelen. Dit liep voor de verschillende ziekenhuizen uiteen van 8% van de respondenten tot bijna 50%.

3.4 Bekendheid met de risico's van katheterisatie

Om de bekendheid met risico's en de richtlijnen te schatten is een vijftal stellingen in de vragenlijst voor de eerste meting opgenomen.

In tabel 4 is weergegeven welk percentage respondenten hoeveel antwoorden juist had. Gemiddeld zijn 2.3 goede antwoorden gegeven, hetgeen aangeeft dat het probleem van urineweginfectie duidelijk voor het voetlicht moet worden gebracht.

Zo meende aan het begin van het project meent 7,5 % van de respondenten aan dat blaaskatheterisatie geen risico oplevert voor het ontstaan van urineweginfecties.

Aan het eind van het project is dat gedaald naar 1,8%.

Tabel 4 Aantal goede antwoorden op 5 stellingen bij de eerste meting (% respondenten afgerond)

Aantal goede antwoorden	%
0	4
1	17
2	36
3	30
4	12
5	1
Gemiddelde	2

3.5 Belang van de maatregelen

Aan het begin van het project was ruim 2% van de respondenten niet van mening dat het belangrijk is dat maatregelen worden ingevoerd. Per soort maatregel zijn de meningen verdeeld conform tabel 5.

Tabel 5 Opvatting over belang dat maatregelen zijn ingevoerd, eerste meting (% respondenten afgerond)

Maatregel	Ten aanzien van indicatie	Monitoren van de duur van katheterisatie	Gebruik alternatieven
Helemaal mee oneens	0	1	1
Mee oneens	2	3	2
Mee eens	52	61	66
Helemaal mee eens	46	33	31

Aan het eind van het project geeft 2,5% van de respondenten aan dat het nemen van maatregelen niet belangrijk is.

Overigens wordt in een aantal ziekenhuizen gesteld dat de ingevoerde maatregelen eigenlijk al aanwezig zijn en dat dit project voor hen vooral een vorm is van zich opnieuw bewust worden. Voor enkele ziekenhuizen was het project aanleiding om de bestaande protocollen ten aanzien van urologie en katheterisatie opnieuw onder de loep te nemen en/of daar meer algemene bekendheid aan te geven (zie tabel 1). Tevens was het soms aanleiding om de protocollen in een elektronische versie te verwerken.

3.6 Verwachtingen en problemen ten aanzien van de maatregelen

In de vragenlijst van de eerste meting zijn vragen opgenomen met betrekking tot de eigen verwachtingen ten aanzien van het handelen en vragen over de verwachtingen van anderen ten aanzien van het handelen van de respondent (sociale norm). In de tweede meting is het aantal vragen beperkt en gericht op het eigen handelen.

Aan het begin van het project weet ongeveer een kwart van de respondenten eigenlijk nog niet wat er van hem/haar verwacht wordt met betrekking van de maatregelen. Aan het eind van het project blijkt dat dat nauwelijks is gedaald (24%).

Circa 9% meent aan het begin dat de genomen maatregelen niet aansluiten bij de manier hoe men gewend is te werken. Aan het eind is dat percentage gedaald naar 5,5%. Ruim 8% van de respondenten meent aan het begin dat de maatregelen niet thuishoren in het eigen takenpakket, aan het eind is dat percentage iets teruggelopen naar 7%. Afhankelijk van de soort maatregelen verwacht tussen de 14% (wat betreft de verblijfsduur van de katheter) tot 21% (wat betreft de indicatie) van de respondenten niet dat zij de maatregelen bij alle patiënten kunnen volgen.

Wat de respondent denkt over hoe anderen verwachten dat de respondent handelt met betrekking tot de maatregel is weergegeven in tabel 6.

Tabel 6 Inschatting dat anderen verwachten dat respondent handelt conform maatregel (% respondenten afgerond)

Verwachting	Artsen binnen afdeling	Collega verpleegkundigen	Ziekenhuis-hygiënist	Leiding-gevende	Patiënt
Zeker niet	3	0	0	1	3
Waarschijnlijk niet	20	5	2	5	15
Waarschijnlijk wel	58	58	38	48	58
Zeker wel	19	37	60	46	23

Opvallend is dat velen van mening zijn dat artsen en patiënten in mindere mate verwachten dat de respondent handelt conform de maatregelen die zijn ingevoerd.

Om te zien in hoeverre de respondent zich aan de sociale norm (verwachting) houdt is gevraagd hoeveel de respondent zich aan trekt van de mening van die anderen. Resultaten zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7 Percentage respondenten dat zich meer of minder iets van de verwachting van anderen aantrekt (% respondenten afgerond)

Zich iets aantrekken van	Artsen binnen afdeling	Collega verpleegkundigen	Ziekenhuis-hygiënist	Leiding-gevende	Patiënt
Zeer weinig	1	1	1	2	2
Weinig	18	5	8	10	12
Veel	70	73	71	72	65
Zeer veel	11	21	20	17	17

Hoewel de respondenten zich in meer dan 75% van de gevallen iets van anderen aantrekken, blijkt dat men zich van de verwachtingen van artsen en patiënten relatief het minste aantrekt.

Naast deze meer kwantitatieve gegevens is in de interviews aan de werkgroepleden gevraagd wat voor (praktische) problemen men is tegen gekomen tijdens de invoering. De belangrijkste zijn:

- De deelname van en communicatie met de artsen en artsassistenten. Hoewel de artsen meestal wel betrokkenheid tonen hebben ze het allemaal erg druk en stellen andere prioriteiten. Als er door de artsen aan het project aandacht wordt geschonken, komt dat voornamelijk door de voortdurende aandacht die de

verpleging ervoor vraagt. Verpleegkundigen van hun kant hebben vaak moeite om artsen te wijzen op de maatregelen, de 'afstand' arts - verpleegkundige is soms erg groot.

- Artsen noteren erg weinig, vergeten het ook vaak en de verpleegkundigen moeten de artsen aan afspraken herinneren.
- In diverse ziekenhuizen is de constante wisseling van artsassistenten een probleem. Vaak zijn artsassistenten de praktisch uitvoerende artsen en daar zit nog al verloop in.
- Waar formele protocollen of richtlijnen binnen een ziekenhuis worden opgesteld duurt het vaak lang voordat deze door de arts(en) zijn besproken en goedgekeurd.
- Het proces heeft zich afgespeeld in voor verschillende ziekenhuizen roerige tijden. Ziekenhuizen waren bezig met reorganisaties en bezuinigingen. Hierdoor vond veel wisseling van personeel plaats, waaronder soms ook van coördinatoren op de afdeling. Dit betekende vaak opnieuw uitleg geven. Indien men aandacht wilde geven aan alternatieven of betere materialen, werd dit soms door geldgebrek belemmerd.
- Niet in alle ziekenhuizen is specifiek tijd vrij gemaakt om aan het project te werken. Dit betekende dat men het of in de vrije tijd moest doen, of dat het ten koste ging van andere werkzaamheden of dat collegae verpleegkundigen werkzaamheden moesten opvangen.
- Gemeld wordt ook dat de werkdruk er vaak toe leidt dat men niet altijd conform de maatregelen kan werken. Daarbij wordt dan wel weer vaak aangegeven dat men eigenlijk al vaak in de geest van de richtlijnen werkte en dat het toch vooral een proces is van 'het je weer bewust worden'. Anderzijds kan werkdruk ook wel eens leiden tot 'gemakzucht', bijvoorbeeld het toch toepassen van katheters bij incontinentie, omdat alternatieven meer tijd vergen van de verpleging.
- In een aantal ziekenhuizen wordt gemeld dat er weinig (actieve) steun is van het management. Steun van het management kan er ook toe leiden dat bijvoorbeeld de artsen zich meer actief bij het project betrokken gaan voelen.

3.7 Voorwaarden voor het werken volgens de maatregelen

Of men kan handelen volgens de maatregelen is niet alleen afhankelijk van het belang dat men er aanhecht of het belang dat men verwacht dat anderen er aan hechten. Ook meer praktische zaken zijn van belang, zoals hoeveel tijd er formeel op de afdeling voor is ingeruimd. Tevens is het de vraag of men persoonlijk voldoende tijd heeft om te werken volgens de richtlijnen en of er een persoon is die adviseert en ondersteunt. In tabel 8 worden de resultaten op deze factoren weergegeven aan het begin van het project.

Tabel 8 Mening over beschikbaarheid tijd en ondersteunende personen aan het begin van het project (% respondenten afgerond)

Factor	Formeel tijd ingeruimd	Persoonlijk voldoende tijd	Ondersteuning
Ja	23	46	58
Nee	44	18	18
Weet niet	32	36	24

Ruim de helft van de respondenten geeft aan dat er ondersteuning is in de vorm van een persoon op de afdeling. Bijna de helft van de respondenten geeft aan persoonlijk voldoende tijd te ervaren om te werken volgens de maatregelen, maar formeel is er

volgens nog geen kwart van de respondenten tijd ingeruimd. Opvallend is het hoge percentage respondenten dat eigenlijk geen weet van deze factoren heeft. In tabel 9 zijn de resultaten weergegeven aan het eind van het project.

Tabel 9 Mening over beschikbaarheid tijd en ondersteunende personen aan het eind van het project (% respondenten afgerond)

Factor	Formeel tijd ingeruimd	Persoonlijk voldoende tijd	Ondersteuning
Ja	31	61	47
Nee	30	10	21
Weet niet	39	29	32

Aan het eind is er wel een forse toename te constateren in de formeel beschikbare tijd en de persoonlijk ervaren tijd. Het aantal respondenten dat aangeeft dat er een persoon is die ondersteuning biedt is echter afgenomen, vaker weet men dit niet.

Ook de beschikbaarheid van alternatieven voor blaaskatheterisatie is een factor van belang om infecties te voorkomen. In tabel 10 is weergegeven hoeveel respondenten aan het begin en aan het eind van mening zijn dat er voldoende alternatieven (condoomkatheters, incontinentiemateriaal, bladderscan etc.) aanwezig zijn.

Tabel 10 Voldoende alternatieven aanwezig (aan begin en eind van het project) (% respondenten afgerond)

Voldoende alternatieven	Begin	Eind
Ja	42	79
Nee/weet niet	58	21

Volgens de respondenten is de beschikbaarheid van alternatieven fors toegenomen, of men heeft er nu meer weet van.

In de interviews is regelmatig aangegeven dat het invoeren van een beperkte set maatregelen op een voor het betreffende ziekenhuis gepaste wijze arbeidsintensief was, maar wel betekende dat het snel werd overgenomen door de afdelingen. Tot de belangrijkste maatregelen om het werken volgens de maatregelen te bevorderen is wel genoemd het duidelijk aangeven dat bij een patiënt een katheter is ingebracht: indicatie en moment van inbrengen. Vaak is dat in het verpleegplan opgenomen en wordt bij iedere visite bekeken of er (nog) redenen zijn om de katheter te laten zitten of dat deze verwijderd mag worden, in plaats van een standaardprocedure te volgen dat katheters altijd een bepaalde periode in moeten blijven.

3.8 Werken volgens de maatregel

In tabel 11 is weergegeven in hoeverre men (bij aanvang van het project) van plan is te gaan werken volgens de maatregelen.

Tabel 11 Van plan te gaan werken volgens de maatregelen bij alle patiënten (% respondenten afgerond)

Werken volgens de maatregelen... bij alle patiënten	Terechtheid indicatie	Monitoring duur katheterisatie	Gebruik alternatieven
Waarschijnlijk niet	21	14	15
Waarschijnlijk wel	69	72	68
Zeker wel	10	14	17

In tabel 12 is aangegeven bij welk deel van de patiënten men aan het eind van het project werkt volgens de maatregelen en bij welk deel men na afloop van het project denkt te blijven werken volgens de maatregelen.

Tabel 12 Percentage respondenten dat bij het eind van het project aangeeft bij een deel of alle patiënten te werken volgens de maatregelen en de verwachting naar de toekomst (% respondenten afgerond)

Deel van de patiënten	Eind project	Toekomst
Bij geen enkele	11	5
Bij een minderheid	12	5
Bij de helft	10	6
Bij een meerderheid	35	40
Bij alle	32	44

Het project heeft in een aantal ziekenhuizen al een bredere impact gekregen. Soms blijkt ook bij niet aan het project deelnemende afdelingen aandacht voor het katheterbeleid te zijn, bijv. op de Spoedeisende Hulp en op O.K.'s.

Zoals al eerder is aangegeven wordt door een aantal ziekenhuizen gemeld dat men eigenlijk al conform de in te voeren maatregelen werkt. Het project betekent voor hen vooral een vorm van zich opnieuw bewust worden, waarbij bijvoorbeeld bestaande protocollen zijn geüpdate en in elektronische versie zijn uitgebracht. Tegelijk vroegen zij zich af of er daardoor wel echt minder katheters gebruikt zouden worden en of er een meetbaar effect op de infecties aanwezig zou zijn.

De maatregelen die in het project aan de orde zijn gesteld zijn gefocust p indicatiestelling, duur van katheterisatie, aantal katheters en het gebruik van alternatieven. Het project heeft er in een aantal ziekenhuizen echter ook toe geleid dat opnieuw aandacht is gevraagd voor en besteed aan het gehele katheterisatieprotocol (hygiënisch inbrengen, verwisselen van katheters, legen van urinezakken et cetera), zaken die zelf geen onderdeel waren van het project.

Overigens blijkt uit de interviews dat het onderzoek zelf al een effect heeft gehad op het werken volgens de richtlijnen. De regelmatige komst van een research-verpleegkundige van buiten die de situatie rondom katheterisatie komt bekijken leidde ertoe dat men zelf ook al kritischer naar de katheterisatiebeleid en handelen keek.

Door sommige ziekenhuizen is concreet aangegeven dat men ook in de toekomst expliciet aandacht zal blijven schenken aan de ingevoerde maatregelen, bijvoorbeeld door herhaling van de scholing, voorlichting van nieuw personeel et cetera. Bepaalde procedures zijn vastgelegd in ziekenhuis specifieke protocollen en maken daarmee deel

uit van het handelen nu en in de toekomst. De aandacht zal dan ook uitgaan naar verdere verspreiding van de maatregelen naar andere afdelingen. Toch zijn er ziekenhuizen die zich wat voorzichtiger opstellen ten aanzien van de toekomst. Waar zichtbare steun van het management ontbreekt of reorganisaties de aandacht blijven opeisen wordt gesteld dat bestending of uitbreiding van de implementatie nog nader bekeken moet worden. Dit zal mede afhangen van het feit of er ook daadwerkelijk een reductie van infecties en kathetergebruik aangetoond is.

4 Kosten

Er kunnen 2 fasen worden onderscheiden in de implementatie. Ten eerste het ontwikkelen van de implementatiestrategie. In deze fase wordt allereerst een implementatie diagnose gesteld, d.w.z. de kritische determinanten (de bevorderende en belemmerende factoren) voor de invoering van de richtlijn worden vastgesteld. Hiervoor is gebruik gemaakt van focusgroepinterviews met artsen, ziekenhuishygiënisten en verpleegkundigen. Op basis van de uitkomsten van deze interviews is een handleiding opgesteld door een implementatiedeskundige. In de tweede fase van de implementatie worden voorbereidingen getroffen voor het gebruik van de handleiding voor de ontwikkeling en invoering van ziekenhuisspecifieke implementatieplannen en wordt het implementatieplan daadwerkelijk ingevoerd. De voorbereiding bestaat uit een informatie- en instructiesessie van 2 uur in alle ziekenhuizen door implementatiedeskundigen. Vervolgens worden activiteiten ontplooid die nodig zijn voor de invoering van de aanbevelingen zoals bijvoorbeeld het updaten van een protocol, het maken en verspreiden van posters en nieuwsbrieven, etc.

Voor het bepalen van de kosten zijn in beide fasen de tijd besteed aan de implementatie bijgehouden door alle betrokken personen, dit betrof zowel de implementatiedeskundigen als de verpleegkundigen, ziekenhuishygiënisten en specialisten uit de ziekenhuizen. Ook overige kosten werden geïnventariseerd; dit betrof o.a. reiskosten, vergaderkosten (koffie/thee) en materiaalkosten (kosten posters, geplastificeerde kaarten, kopieën etc.).

De tijd benodigd voor de implementatie werkzaamheden is vervolgens gewaardeerd tegen het bruto salaris van de verschillende werknemers (Oostenbrink et al. 2004). Voor de overige kosten werd de kosteninformatie geleverd door de betrokken personen. In de kostenberekening is het prijspeil 2008 als uitgangspunt genomen. Indien gebruikte kostprijzen op eerdere jaren betrekking hadden, zijn deze gecorrigeerd voor prijsverschillen tussen jaren. Hiervoor is gebruik gemaakt van algemene prijsindexcijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (statline.cbs.nl).

De kosten van het stellen van de implementatiediagnose bedragen totaal €12.928. Deze kosten bestaan uit personele kosten van de implementatiedeskundige (93%), personele kosten van deelnemers van de focusgroep (7%) en een klein bedrag aan reiskosten. Informatie voor de kostenberekening over de tweede fase van de implementatie is verkregen van 9 van de 10 ziekenhuizen. Voor de berekening van de kosten van de tweede fase van de implementatie voor 10 ziekenhuizen, zijn de gemiddelde kosten per ziekenhuis voor de 9 ziekenhuizen waarvan informatie bekend was gebruikt als schatting voor de implementatiekosten van het ziekenhuis waarvan geen informatie bekend was. Op deze manier zijn de totale kosten van de invoering van het implementatieplan bepaald op €26.385. De kosten betreffen grotendeels personele kosten (95%). Overige gerapporteerde kosten zijn reiskosten, kosten vergaderruimte, papier- en kopieerkosten en kosten voor het maken van posters, geplastificeerde kaartjes, CD-roms en etiketten.

De gemiddelde kosten per ziekenhuis bedragen €2.638, dit is inclusief de kosten van de implementatiedeskundigen. De gemiddelde kosten per ziekenhuis exclusief de kosten van de implementatiedeskundigen zijn €1.993. De kosten gerapporteerd door de ziekenhuizen (dus exclusief de kosten van de implementatiedeskundigen) varieerde tussen €1.023 en €3.763. Deze verschillen zullen gedeeltelijk veroorzaakt zijn door verschillen in implementatieactiviteiten die door de ziekenhuizen zijn uitgevoerd, maar

wij sluiten ook niet uit dat de door de ziekenhuizen gerapporteerde tijdsbestedingen en overige kosten onderschattingen betreffen. Het ziekenhuispersoneel gaf aan het moeilijk te vinden de werkelijke tijd besteed aan de implementatie in te schatten, veel van de activiteiten gebeurden tussen andere werkzaamheden door. Overige kosten werden vaak niet gerapporteerd, kosten van diverse materialen en kopieerwerk zijn bijvoorbeeld niet expliciet aangegeven omdat dit vanuit een afdelingsbudget wordt gefinancierd.

5 Conclusies

Uit de procesevaluatie komt een beeld naar voren dat het invoeren van de maatregelen concreet vooral leidde tot het zich opnieuw bewust worden en onder de aandacht brengen van werkwijzen die al tot het normale patroon behoren. Veelal zijn de uitvoerenden op de afdelingen zich wel bewust van de positieve effecten van de maatregelen, maar leiden praktische zaken nog wel eens af van de ideale werkwijze. Duidelijk is dat er een toename is van bekendheid met de maatregelen gedurende het project. Het belang van werken volgens de maatregelen wordt aan het begin zowel als aan het eind door slechts een kleine groep niet erkend/herkend. Duidelijk is ook dat het gebruik van reminders als kaartjes met terechte en onterechte indicaties en het opnemen van de aanwezigheid van een katheter in het dossier/verpleegplan en bespreken bij visites een bewustmakend effect hebben op het gebruik ervan.

Diverse redenen hebben de invoering van de maatregelen zoals voorgenomen vertraagd dan wel ervoor gezorgd dat ze niet volledig konden worden ingevoerd. Met name reorganisaties en bezuinigingen met de daaraan gekoppelde personele wisselingen of reducties worden genoemd. De (toename van de) werkdruk is een reden om toch niet altijd te handelen volgens de maatregelen.

In diverse ziekenhuizen zijn maatregelen getroffen die bij kunnen dragen aan een bestendiging van het werken volgens de maatregelen, door procedures in de reeds aanwezige protocollen in te brengen of aan te scherpen. Ook de eerder genoemde reminders (kaartjes) en de aanpassingen in verpleegplannen kunnen in de toekomst bijdragen aan het blijven werken volgens de richtlijnen.

De totale kosten van de implementatie bedragen €39.312. Dit betreft zowel het stellen van de implementatiediagnose als het invoeren van het implementatieplan. Het grootste deel van de kosten betreft de personele kosten. De verwachting is dat de kosten een onderschatting betreffen.

A Voorstel actieplan invoering aanbevelingen ter beperking van blaaskatheterisatie (handleiding)

1. Inleiding
2. Doelen en organisatie
 - 2.1 Doelen van de invoering
 - 2.2 Instellen werkgroep
 - 2.3 Scholing van de werkgroep
3. Algemene voorlichting en communicatie
 - 3.1 Artikel in ziekenhuismagazine
 - 3.2 Posters
 - 3.3 (Geplastificeerde) kaartjes
 - 3.4 Quiz blaaskatheterisatie
 - 3.5 Informatie aan ondersteunende diensten
4. Invoeringsactiviteiten in de afdelingen
 - 4.1 Doelen van de invoering
 - 4.2 Coördinatie
 - 4.3 Voorlichting aan medewerkers
 - 4.4 Begeleiding/monitoring van de uitvoering
 - 4.5 Helpdesk
5. Schema invoering en tijdpad

Bijlagen:

- 1) Informatie over het project
- 2) Literatuurreview implementatie van richtlijnen
- 3) Samenvatting groepsinterviews
- 4) Specifieke maatregelen blaaskatheterisatie
- 5) Achtergrondinformatie specifieke maatregelen blaaskatheterisatie
- 6) Onderzoeksactiviteiten TNO

1) Inleiding

Tien ziekenhuizen participeren in het project "Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra". Urethrale katheterisatie is de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van urineweginfecties (WIP-richtlijn, 2005).

Preventie wordt naar verwachting bereikt door:

- de vermindering van onterechte indicaties
- het beperken van het gebruik van katheters
- het beperken van de duur van de katheterisatie en
- het bevorderen van het gebruik van incontinentiematerialen (luiers, condoomkatheters)

De doelstelling van het project is de kosteneffectiviteit te onderzoeken van de planmatig opgezette invoering van maatregelen om blaaskatheterisatie te beperken. Zie voor gedetailleerde informatie over de projectdoelen en aanpak de Bijlage 1 van dit voorstel.

Het project wordt uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het LUMC, RIVM, Kwaliteitsinstituut voor de zorg CBO en TNO Kwaliteit van Leven.

Dit voorstel bestaat uit een overzicht van mogelijke activiteiten en maatregelen om de blaaskatheterisatie (nog verder) te beperken. De activiteiten en maatregelen zijn gebaseerd op inzichten uit wetenschappelijk onderzoek over de invoering van infectiepreventie richtlijnen in ziekenhuizen (zie Bijlage 2: literatuurreview en bijlage 5: Achtergrondinformatie specifieke maatregelen blaaskatheterisatie). Tevens zijn suggesties voor het beperken van katheterisatie verzameld in groepsinterviews met artsen en verpleegkundigen in drie ziekenhuizen die aan dit project deelnemen (zie Bijlage 3: Samenvatting groepsinterviews).

De bedoeling is dat de ziekenhuizen met behulp van het overzicht een keuze maken uit voor de voor de deelnemende afdelingen meest geschikte, haalbare en uitvoerbare activiteiten en maatregelen. Het gaat om twee soorten activiteiten, te weten:

- activiteiten om de medewerkers "warm" te maken voor het project, en activiteiten voor voorlichting en bewaken van de voortgang (zie paragrafen 2, 3 en 4 hierachter)
- activiteiten om te komen tot een verzameling van maatregelen voor het beperken van de blaaskatheterisatie (zie Bijlage 4, waarin een voorzet wordt gegeven. Bijlage 5 bevat achtergrondinformatie over de maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie die worden genoemd in bijlage 4).

Het kan heel goed zijn dat de ziekenhuizen bij de maatregelen om de blaaskatheterisatie te beperken nog andere afspraken willen maken of juist af willen zien van wat wordt voorgesteld. Van belang is dat elk ziekenhuis zoveel mogelijk afspraken maakt die haalbaar en uitvoerbaar zijn.

Het voorstel is hierna als volgt ingedeeld:

- algemene doelen en organisatie van de invoering in de ziekenhuizen (paragraaf 2)
- een overzicht van middelen voor de algemene voorlichting/communicatie over het project (paragraaf 3)

- een overzicht van verschillende activiteiten in afdeling voor voorlichting en voortgangsbewaking (paragraaf 4)
- een schematisch overzicht van het tijdpad en de activiteiten (paragraaf 5).

Naast de al eerder genoemde bijlagen is als Bijlage 6 toegevoegd het overzicht van de onderzoeksactiviteiten over de invoering die worden uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven.

2) Doelen en organisatie/coördinatie van de invoering

2.1 Doelen van de invoering

Leiding, artsen en verpleegkundigen van de participerende afdelingen

- zijn op de hoogte van het project
- kennen de risico's van blaaskatheterisatie voor het ontstaan van urineweginfecties
- onderschrijven het belang van de beperking van blaaskatherisatie
- kennen de maatregelen om katheterisatie te beperken met betrekking tot indicatiestelling, gebruik katheters, duur katheterisatie en gebruik van alternatieven
- achten zich in staat de maatregelen op te volgen
- volgen de maatregelen op zoals bedoeld
- hebben de beschikking over de benodigde hulpmiddelen (echografie, incontinentiematerialen)
- raadplegen bij onduidelijkheden of vragen over de uitvoering van de gekozen maatregelen de werkgroep/ ziekenhuishygiënist

2.2 Instellen werkgroep

In elk ziekenhuis is een werkgroep voor het project geformeerd. Deze bestaat uit een ziekenhuishygiënist, artsen/arts-assistenten en verpleegkundigen/verpleegkundig teamleiders van de deelnemende afdelingen in het ziekenhuis. De werkgroepen zijn al geïnformeerd over het project.

Gedurende het gehele project komt de werkgroep 4 tot 6 keer bijeen. Waarvan 1 tot maximaal 3 keer tijdens de voorbereidingsfase en 3 keer tijdens de interventiefase. Met elke werkgroep is een afspraak gemaakt via de contactpersoon voor de eerste bijeenkomst. Deze werkgroepbijeenkomst 1 zal worden gebruikt voor:

- het bespreken van de suggesties in dit voorstel om te komen tot een plan van aanpak voor het ziekenhuis voor de invoeringsactiviteiten
- het bespreken van de mogelijke maatregelen voor het beperken van blaaskatheterisatie (zie Bijlage 4)
- een korte scholing over de implementatie van richtlijnen in ziekenhuizen

Na deze eerste bijeenkomst organiseert de werkgroep vervolgens op korte termijn tijdens de voorbereidingsfase zelf binnen een periode van 4 weken nog 1 of maximaal 2 bijeenkomsten. Doel van de bijeenkomsten in de voorbereidingsfase is dat de werkgroep komt tot een definitief plan van aanpak in het ziekenhuis voor de invoeringsactiviteiten en tot definitieve afspraken over de maatregelen voor het beperken van blaaskatheterisatie.

Belangrijk is ook dat tijdens de voorbereidingsfase binnen de werkgroep, de ziekenhuishygiënist, de artsen/arts-assistenten en de

verpleegkundigen/verpleegkundig teamleiders samen tot overeenstemming komen welke indicaties wel en welke geen blaaskatheterisatie rechtvaardigen. Het kan hierbij gaan om het bevestigen van reeds eerder gemaakte afspraken ten aanzien van indicaties. Maar het is ook mogelijk dat de disciplines nog tot consensus moeten komen ten aanzien van de indicaties. Het wordt geadviseerd bij consensusvorming zowel de artsen/arts-assistenten, de verpleegkundigen/verpleegkundig teamleiders als de ziekenhuishygiënist te betrekken. Aan het einde van deze voorbereidende bijeenkomsten is de werkgroep er klaar voor om het definitieve plan van aanpak ten uitvoer te brengen. Gedurende de looptijd van het project in het ziekenhuis (14 maanden) wordt aanbevolen de werkgroep daarna nog drie keer bijeen te roepen, steeds met een tussenpoos van 3 maanden. Deze werkgroepbijeenkomsten zijn bedoeld om de voortgang van de uitvoering te bespreken en om de invoering te evalueren.

Taken van de werkgroep

- planning, organisatie en begeleiding van de invoeringsactiviteiten
- verzorgen van de voorlichting over het project in het ziekenhuis en in de betrokken afdelingen
- afspraken maken over de specifieke maatregelen om katheterisatie te beperken
- bewaken van de voortgang van de uitvoering van de afspraken
- signaleren en registreren knelpunten in de uitvoering van de afspraken
- oplossen van de knelpunten

De werkgroep bepaalt tevens de startdatum van de invoeringsactiviteiten binnen 4 weken na de eerste werkgroepbijeenkomst.

2.3 Scholing van de werkgroep

Tijdens de eerste bijeenkomst krijgt de werkgroep een korte scholing van de TNO-medewerkers over implementatie van richtlijnen in ziekenhuizen. Dit gaat in de vorm van een praktikum, met als aandachtspunten:

- bevorderende en belemmerende factoren bij het naleven van (infectiepreventie)richtlijnen
- methoden om het naleven te bevorderen
- valkuilen bij de invoering van de methoden

Hierbij wordt gebruik gemaakt van de literatuurreview in Bijlage 2. Uit onderzoek blijkt dat er verschillende oorzaken zijn, waarom het naleven van richtlijnen achterblijft bij de verwachtingen en welke mogelijkheden er zijn om naleving te bevorderen.

3) Algemene voorlichting en communicatie

In deze paragraaf worden enige suggesties gegeven om bij medewerkers:

- de aandacht op het project te vestigen en te houden
- het belang van het beperken van blaaskatheterisatie onder hun aandacht te brengen
- het bevorderen van een positieve houding over de maatregelen.

3.1 Artikel in ziekenhuis magazine

Aanbevolen wordt om in het ziekenhuismagazine een artikel te plaatsen over het project (aanleiding, doel, aanpak, verwachte resultaten). Mogelijk is ook dat over het project een interview wordt afgenomen met leden van de werkgroep. Om de aandacht in de tijd vast te houden wordt geadviseerd om over de voortgang na enige maanden en over de resultaten hetzelfde te doen.

3.2 Posters

In samenwerking met de afdeling Voorlichting/Public Relations van het ziekenhuis kan een poster ontworpen worden met de belangrijkste boodschappen over het beperken van blaaskatheterisatie. De posters worden opgehangen in de participerende afdelingen.

3.3 (Geplastificeerde) kaartjes

Op (geplastificeerde) kaartjes in zakformaat worden aan de ene kant de terechte indicaties en aan de andere kant de onterechte indicaties vermeld in steekwoorden. Deze worden uitgereikt aan artsen en verpleegkundigen.

3.4 Quiz blaaskatheterisatie

Om de aandacht voor het project te bevorderen is een quiz in de vorm van een "kennistoets" over indicatiestelling, beperking van gebruik en duur en over alternatieven voor katheterisatie een mogelijkheid. Aanbevolen wordt deze kennistoets in de vorm van een korte multiple-choice vragenlijst aan te bieden bij de voorlichtingsbijeenkomst met medewerkers (zie hierna) of in de postvakjes van de medewerkers (en ingevuld te retourneren naar de werkgroep/ziekenhuishygiënist). De werkgroep koppelt de resultaten terug naar de medewerkers.

3.5 Informatie aan ondersteunende diensten

Geadviseerd wordt om de relevante ondersteunende diensten, zoals bijvoorbeeld Inkoop te informeren over het project. Geadviseerd wordt om de EHBO ook op de hoogte te stellen over bij de invoering en de werknemers aldaar de gemaakte voorlichtingsmaterialen te verstrekken. De EHBO wordt verder niet actief bij het project betrokken. Het informeren van de EHBO is wel van belang, omdat onderzoek uitwijst dat een belangrijk percentage blaaskatheters onterecht wordt ingebracht op de EHBO.

4) Invoeringsactiviteiten in de afdelingen

4.1 Doelen van de invoering

- zorgen voor draagvlak voor het project in de afdeling
- stimuleren van bewustwording onder artsen en verpleegkundigen voor het beperken van blaaskatheterisatie
- trekken en vasthouden van de aandacht voor de te nemen maatregelen voor het beperken van blaaskatheterisatie
- overdracht van kennis over de specifieke maatregelen

- bevorderen van een positieve houding voor de maatregelen
- bevorderen van de naleving van maatregelen

4.2 Coördinatie in de afdeling

De coördinatie is in handen van de verpleegkundig teamleider (participeert tevens in werkgroep) in samenwerking met de ziekenhuishygiënist (eveneens lid van de werkgroep). Bij voorkeur wordt ook een arts of arts-assistent bij de coördinatie betrokken.

4.3 Voorlichting aan medewerkers

De verpleegkundigen en artsen in de participerende afdelingen worden door de (leden van de) werkgroep geïnformeerd over het project. Geadviseerd wordt daarvoor een klinische les te reserveren, waarvoor de verpleegkundigen en artsen worden uitgenodigd.

Het verdient verder aanbeveling de artsen en verpleegkundigen schriftelijk voor te lichten. Dat kan middels een gerichte brief met informatie over het project en daarin de uitnodiging voor de klinische les. Deze brief kan via de interne post en digitaal worden verstuurd.

Vooraf van belang bij de voorlichting is om de uitvoering van de specifieke maatregelen voor blaaskatheterisatie te bespreken en daarover afspraken te maken, en deze vast te leggen (zie bijlage 4 met verschillende suggesties).

Daarnaast is het zinvol informatie te verstrekken over de onderzoeksactiviteiten van de onderzoeksverpleegkundige en van de TNO-onderzoeker (zie Bijlage 6).

Agendapunten bij de voorlichting zijn:

- uitleg geven over doel en aanpak van het project
- uitleg geven over de maatregelen voor het beperken van blaaskatheterisatie (zie Bijlage 4)
- daarbij ook de verschillen/afwijkingen aangeven met de bestaande afspraken
- bespreken van vragen/kanttekeningen artsen/verpleegkundigen
- maken van definitieve afspraken over de maatregelen (met eventuele aanpassingen van de voorgestelde suggesties in Bijlage 4)
- maken van afspraken over het bewaken van de voortgang van de uitvoering
- uitleg geven over procedure van de registraties van onderzoeksverpleegkundige
- uitleg geven over de procesevaluatie van de invoering

4.4 Begeleiding/monitoring van de uitvoering

Aanbevolen wordt de voortgang van de uitvoering van de specifieke maatregelen voor de blaaskatheterisatie te bespreken in de dagevaluaties (ervaringen, knelpunten, oplossingen) en het als vast agendapunt in het afdelingsoverleg mee te nemen.

Bij mogelijke knelpunten worden de oorzaken geanalyseerd, oplossingen bedacht, besproken en uitgevoerd. Dit wordt ook schriftelijk vastgelegd in verband met de procesevaluatie van TNO.

4.5 Helpdesk

Bij vragen, onduidelijkheden of opmerkingen van personeelsleden over de uitvoering van specifieke maatregelen kunnen leiding en medewerkers van de afdeling terecht bij de werkgroep/ziekenhuishygiënist.

5) Schema invoering en tijdpad

De bedoeling is dat na maximaal vier weken na de eerste bijeenkomst met de werkgroep, waar het plan van aanpak en de scholing plaatsvindt de feitelijke invoering gaat beginnen (algemene voorlichting in het ziekenhuis, voorlichting aan personeel aan afdelingen, uitvoering afspraken beperken blaaskatheterisatie). Hieronder is een schema met het tijdpad en de uit te voeren activiteiten.

Tabel: Overzicht van de acties invoering in afdelingen

Week	Fase	Actie	Door
Week 1-4 vanaf de eerste werkgroep- bijeenkomst	Vorbereiding algemeen	Afhankelijk van genomen beslissingen in de eerste werkgroepbijeenkomst: - Afspraken vastleggen voor beperken katheterisatie - Poster/kaartjes ontwerpen/maken - Quiz /kennistoets gereed maken - Artikel/interview voor ziekenhuis gereed maken - Informatie/brief voor medewerkers in afdelingen opstellen - Opstellen agenda en gereedmaken informatie voor voorlichting aan medewerkers	Werkgroep
Week 5-6	Uitvoering van de activiteiten	- Posters ophangen - Voorlichtingsbijeenkomsten met medewerkers over afspraken en kaartjes uitdelen, quiz voorleggen - Bij niet aanwezig informatie/kaartjes/quiz in postvakje - Terugkoppelen uitslag van quiz	Coördinator van het project i.s.m. leiding afdelingen
Week 7- einddatum	Voortgangsbewaking	Bewaken van de afspraken door dagevaluaties/afdelingsoverleg - Signaleren van knelpunten in de uitvoering - Oplossen van de knelpunten	Coördinator van het project i.s.m. leiding afdelingen
Week 16 en week 28	Onderzoek TNO (artsen en verpleegkundigen)	Interviews met artsen/verpleegkundigen over de uitvoering van de maatregelen (bevorderende en belemmerende factoren)	TNO-onderzoeker in aanwezigheid van ziekenhuishygiënist / verpleegkundig teamleider
Week 28 en tegen het einde van het project	Onderzoek TNO (werkgroepen)	Interviews met de werkgroep over de voortgang van het project (bevorderende en belemmerende factoren)	TNO-onderzoeker in aanwezigheid van ziekenhuishygiënist / verpleegkundig teamleider

Bijlage 1 Informatie over het project

INFORMATIE VOOR DE WERKGROEP BLAASKATHETERS INFECTIE PREVENTIE

U bent door uw ziekenhuishygiënist gevraagd om deel te nemen aan een werkgroep die deel uit maakt van het landelijk onderzoek "Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra" van de werkgroep Infectiepreventie (WIP). De op te richten werkgroep zal bestaan uit artsen, verpleegkundigen en een hygiënist uit uw eigen ziekenhuis. Graag wil ik u hierbij wat extra informatie geven over het onderzoek en uw rol daarin.

De WIP-richtlijn "Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra" bevat meer dan vijftig aanbevelingen. De verwachting is dat een doelmatig gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk wordt bereikt door de implementatie te richten op de negen aanbevelingen die een directe causale relatie hebben met het ontstaan van een urineweginfectie en daarom het grootste preventieve effect zullen hebben. Deze aanbevelingen betreffen de beperking van het gebruik van urethrale katheters en van de duur van katheterisatie. In een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek wordt de kosteneffectiviteit van een gerichte implementatie geëvalueerd. Belemmerende en bevorderende factoren worden opgespoord en er wordt een definitief implementatieplan voor

landelijk gebruik opgesteld. Het project wordt uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het Leids Universitair Medisch Centrum, RIVM, TNO Kwaliteit van Leven en het Kwaliteitsinstituut CBO.

Doelstelling van het onderzoek

Doel is de kosteneffectiviteit te evalueren van een gerichte implementatie van de richtlijn. In de richtlijn staan aanbevelingen om het gebruik van urethra katheters zo veel mogelijk te beperken en de duur van de katheterisatie te bekorten.

Implementatie van de nieuwe richtlijn moet leiden tot:

- daling in het aantal katheters op een afdeling;
- daling in het aantal dagen dat een katheter in situ is;
- daling in het aantal onterechte indicaties voor een katheter;
- daling in het aantal urineweginfecties;
- toename in het gebruik van alternatieven voor katheterisatie (incontinentiematerialen, condoomkatheters);
- daling in de kosten bereikt door bovenstaande effecten.

Plan van aanpak

Er doen 10 ziekenhuizen mee aan het onderzoek, verdeeld over twee groepen (A en B). In groep A vindt de implementatie van de richtlijn plaats in de maanden september tot en met november 2006. In groep B van januari tot en met maart 2007 (zie bijgevoegd schema). Tijdens de implementatiefase zal de werkgroep in hun ziekenhuis aandacht besteden aan de implementatie van de richtlijn. Dit gebeurt op een manier die voor het ziekenhuis gebruikelijk is. Hierbij kan gedacht worden aan het organiseren van meerdere voorlichtingsbijeenkomsten, verspreiden van schriftelijke informatie, ophangen van postermateriaal etc. Welke interventies in het eigen ziekenhuis uitgevoerd gaan worden wordt bepaald door de werkgroep. Per

ziekenhuis doen 2-4 afdelingen mee aan het onderzoek, afhankelijk van het aantal patiënten met katheters dat verwacht wordt op die afdelingen. Vanuit iedere deelnemende afdeling worden artsen en verpleegkundigen gevraagd deel te nemen aan de werkgroep. De werkgroep plant, organiseert en monitort de invoering van de richtlijn op basis van een door het projectteam opgesteld plan van aanpak. Dit plan zal in augustus compleet zijn en uitgereikt worden aan de werkgroepen. De leden van de werkgroep zullen voorafgaand aan de implementatiefase een scholingssessie volgen georganiseerd door TNO over het invoeren van richtlijnen in de zorg en in ziekenhuizen. Deze scholing zal in het eigen ziekenhuis gegeven worden. Na de implementatie fase volgt de monitor fase, waarin artsen en verpleegkundigen geïnterviewd worden over de richtlijn. Naar aanleiding van de bevindingen in deze fase worden er eventueel nog extra activiteiten ontwikkeld om de richtlijn te implementeren, weerstanden weg te nemen etc. De werkgroep zal gedurende het gehele project 4 tot 6 maal in vergadering bijeen komen. Waarvan 1 tot maximaal 3 keer tijdens de voorbereidingsfase en 3 keer tijdens de uitvoeringsfase van het project.

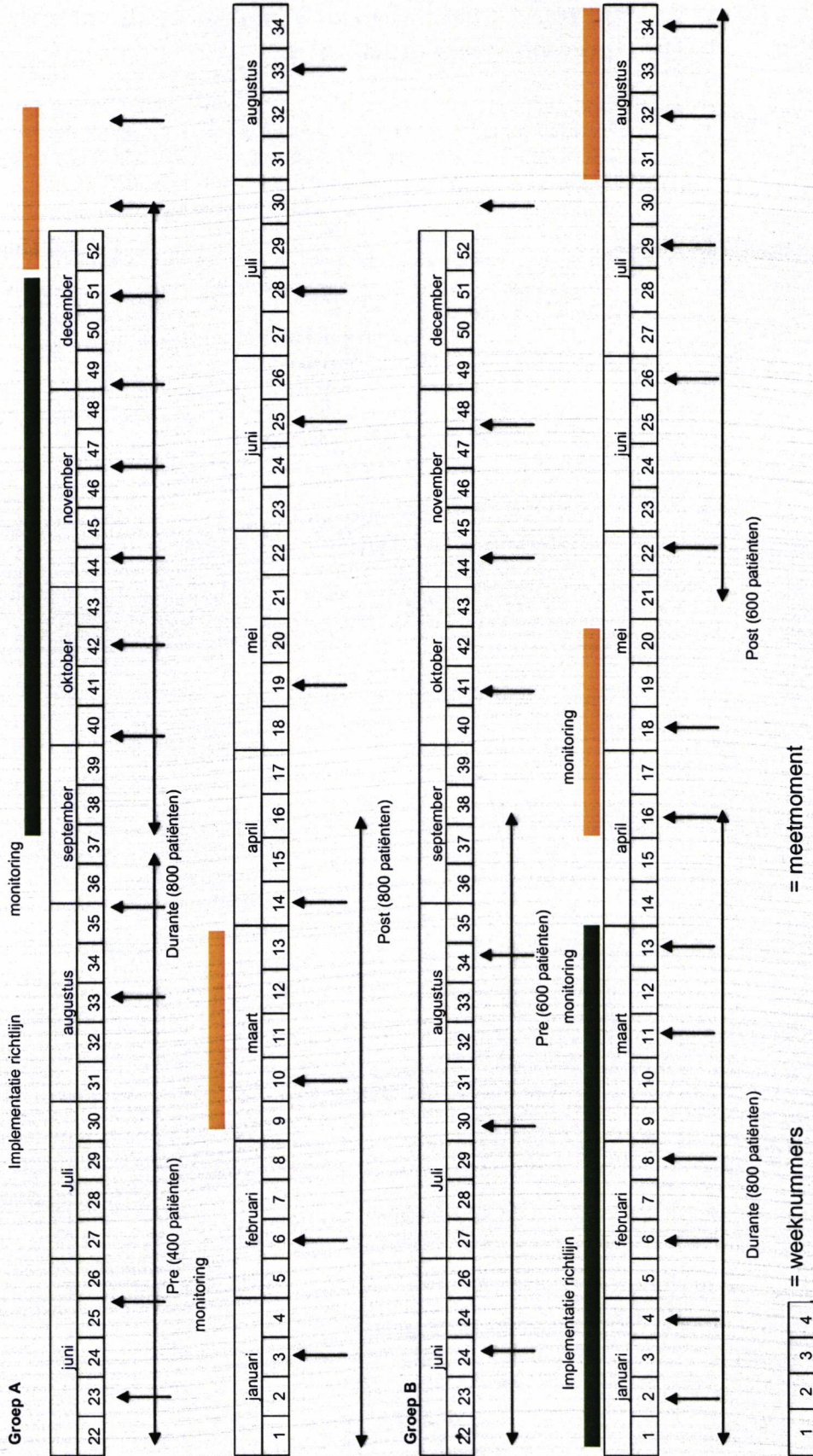
Om het resultaat van de implementatie te meten worden er gedurende de vijftien maanden dat het onderzoek loopt in alle ziekenhuizen gegevens van afdelingen en patiënten verzameld die betrekking hebben op het gebruik van katheters. Op de deelnemende afdelingen wordt een inventarisatie gedaan van het aantal patiënten dat een urethrakatheter heeft en het aantal patiënten dat gebruik maakt van een alternatief voor katheterisatie. De patiënt zal merken dat er gekeken wordt of hij een katheter heeft en dat er een aantal gegevens over de katheter worden genoteerd. Verder wordt uit de katheter een kleine hoeveelheid urine afgenomen om te beoordelen of er sprake is van een urineweginfectie. Deze metingen worden verricht door de researchverpleegkundige uit het Leids Universitair Medisch Centrum. Follow-up van de duur van de katheterisatie wordt verricht door de ziekenhuishygiënist. Het is de bedoeling dat

per meetdag ongeveer 20 patiënten met een urethrakatheter worden geïncludeerd per ziekenhuis. In ieder ziekenhuis vinden 20 metingen plaats verdeeld over vijftien maanden.

Randomisatie (toewijzing door middel van loting) van de groepen zal naar verwachting medio mei gebeuren. Zodra de groepsindeling bekend is zal dit doorgegeven worden aan de ziekenhuishygiënisten en kunnen er concrete afspraken gemaakt worden in de werkgroepen.

Begeleiding van het onderzoek

De werkgroep wordt in ieder ziekenhuis begeleid door de afdeling Ziekenhuishygiëne. De researchverpleegkundige zal alle deelnemers aan het project zo veel mogelijk op de hoogte houden van de vorderingen middels een nieuwsbrief en door regelmatig aanwezig te zijn in de deelnemende ziekenhuizen. Mochten er tussendoor vragen zijn dan kan er gebeld worden naar telefoonnummer 071 – 526 1791.



Bijlage 2 Literatuurreview implementatie van richtlijnen preventie van Zorginfecties

Bij de implementatie van de richtlijn "Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra" wordt enerzijds uitgegaan van wat uit onderzoek bekend is van de invoering en het gebruik van richtlijnen voor de preventie van zorginfecties in ziekenhuizen en anderzijds van theoretische en empirische inzichten over de invoering van richtlijnen in de zorgsector.

De implementatie van richtlijnen in de zorgsector verloopt niet vanzelf. Een systematische en planmatige aanpak wordt aanbevolen (Grol en Wensing, 2001). Deze aanpak dient te zijn gebaseerd op een

- 1) een analyse van de kenmerken van gebruikers van richtlijnen, van de bevorderende en belemmerende factoren in de organisatie, en van de afwijkingen ten opzichte van de huidige zorg;
- 2) het betrekken van gebruikersgroepen (zorgverleners) bij de ontwikkeling en de uitvoering van de implementatie.

Barrières bij de invoering en het gebruik van richtlijnen in de zorg kunnen zich voordoen bij patiënten, bij individuele zorgverleners en teams in afdelingen, en op het niveau beleid en faciliteiten van de instelling en de inhoud, opzet en werkwijze van richtlijnen. (Grol en Grimshaw, 2003; Fleuren e.a., 2004).

Het onderzoek naar de preventie van zorginfecties betreft veelal onderzoek naar het gebruik van richtlijnen voor handhygiëne. (Seto et al, 1995; Larson et al, 1997; Voss en Widmer, 1997; Jenner et al, 1999; Pittet et al, 2000; Roberts, 2000; Serkey et al, 2001).

Gerapporteerd wordt dat richtlijnen onvoldoende worden nageleefd, waarbij verpleegkundigen de richtlijnen meer opvolgen dan artsen.

Belemmerende factoren bij zorgverleners en teams zijn:

- niet stilstaan bij de richtlijnen;
- de onbekendheid met richtlijnen;
- onderschatting van risico's op infecties bij patiënten en werkers bij het niet opvolgen van richtlijnen;
- overschatting van eigen kennis en vaardigheden;
- vermijden van ongemak;
- onbewust afwijkend gedrag;
- hoge werkdruk in combinatie met onderbezetting;
- onvoldoende aanmoediging, feedback en toezicht op de naleving.

Wat betreft de inhoud, opzet en werkwijze van de richtlijnen wordt

- de relevantie en het nut vaak betwijfeld;
- de bewezen effectiviteit door met name artsen in twijfel getrokken van het voorkomen van zorginfecties door handen wassen voor en na contact met patiënten;
- de gebruikersvriendelijkheid van richtlijnen ter discussie gesteld (vaak complexe richtlijnen, niet goed uitvoerbaar, niet praktisch, onduidelijke en soms tegenstrijdige informatie).

Op het niveau van de instellingen kwam geregeld naar voren dat er sprake is van een gebrekkige infrastructuur:

- een onduidelijk beleid inzake richtlijnen;
- onvoldoende voorzieningen;
- onvoldoende gerichte instructie, training, en feedback;

- onvoldoende controle op naleving;
- onduidelijkheid over sancties bij het niet naleven.

Een review studie over de effectiviteit van het beleid van blaaskatheterisatie toonde aan dat scholing van afdelingsmedewerkers op korte termijn leidde tot verbetering van de handhygiëne. De introductie van een "control liaison nurse" op de afdeling in combinatie met een scholingsprogramma voor de afdelingsmedewerkers leidde tot een substantiële daling in het aantal aan katheterisatie gerelateerde infecties. (Joanna Briggs Institute, 2000)

Algemeen wordt gepleit voor het toepassen van intensieve, meervoudige strategieën voor het bevorderen van het gebruik van richtlijnen voor het voorkomen van zorginfecties. (Pittet et al, 2000; van Gemert, 2003). Dit betreft een combinatie van informerende, educatieve, faciliterende en sturende maatregelen (Hulscher, 1999, Grol e.a. 2001, Grol en Grimshaw, 2003), gericht op de verschillende niveaus:

- 1) de individuele zorgverleners (bevorderen van kennis en een positieve attitude, beïnvloeden van risico-perceptie, en aanleren van vaardigheden);
- 2) de teams in afdelingen (bevorderen van collegiale steun, stimuleren van monitoring en naleving van het gebruik van richtlijnen via feedback in o.a. werkoverleg);
- 3) de organisatie (bevorderen van draagvlak bij leiding, voorzien in benodigde middelen).

Positieve effecten zijn door deze auteurs in onderzoek gevonden bij maatregelen, gericht op zorgverleners (interactieve training, reminders, feedback). Over effecten van organisatorische (sturende) maatregelen, zoals taakaanpassingen, multidisciplinaire samenwerking, financiële prikkels, kwaliteitsmanagement is minder bekend. (Grol en Grimshaw, 2003). Als belangrijke organisatorische maatregel wordt aanbevolen het aanstellen van een implementatie-coördinator in de organisatie en/of afdeling, die verantwoordelijk is voor de begeleiding van de invoering en voor de monitoring van de naleving (Bartholomew e.a., 2000, de Jong e.a., 2003).

De invoering van de richtlijn "Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra" is gebaseerd op de bovenvermelde uitkomsten en aanbevelingen uit onderzoek.

Focusinterviews met verpleegkundigen en artsen geven inzicht in op voorhand verwachte bevorderende en belemmerende factoren. De interviewvragen betreffen de kritische determinanten met betrekking tot de uitvoerders van de richtlijn (o.a. ervaren relevantie, uitkomstverwachtingen, zelf-effectiviteit), met betrekking tot de afdeling/instelling (o.a. verwacht draagvlak bij de leiding, verwachte collegiale steun).

In de interventieziekenhuizen worden informatiebijeenkomsten en scholing voor verpleegkundigen en artsen georganiseerd om de kennis, motivatie, zelf-effectiviteit en uitkomstverwachtingen te bevorderen. Daarbij wordt veel aandacht besteed aan de informatie die uit de focusinterviews is verzameld over vragen en discussiepunten van verpleegkundigen en artsen over de ervaren relevantie en verwachte effectiviteit van de richtlijn, en de praktische uitvoering van de richtlijn. Tevens zullen naar aanleiding van de interviews de noodzakelijke organisatorische randvoorwaarden en voorzieningen worden vastgesteld en geregeld (o.a. middelen voor scholing)

In de desbetreffende afdelingen worden implementatie-coördinatoren aangesteld om de invoering te begeleiden en tevens in samenwerking met de aan te stellen onderzoeksverpleegkundige en ziekenhuishygiënist de onderzoeksactiviteiten te organiseren.

De uitvoering van de blaaskatheterisatierichtlijn wordt gemonitord via het afdelingsoverleg. De coördinator inventariseert de voortgang, bespreekt belemmerende en bevorderende factoren in de uitvoering, en overlegt met leiding en medewerkers over oplossingen. Door deze aanpak wordt het mogelijk gemaakt dat de betrokkenen elkaar stimuleren op de naleving. Van het overleg worden verslagen gemaakt.

Met behulp van registraties van de onderzoeksverpleegkundige wordt in de afdelingen tijdens het afdelingsoverleg feedback gegeven op de uitkomstmaten van de richtlijn (indicatie voor katheterisatie, duur van de katheterisatie, gebruik van alternatieven voor katheterisatie e.a.; zie het onderzoeksvoorstel).

Verwacht mag worden dat met de combinatie van maatregelen een goed inzicht verkregen kan worden in de specifieke bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering en het gebruik van de richtlijn.

Referenties

Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH (2001). *Intervention mapping. Designing theory and evidence-based health promotion programs*. Mayfield Publishing Company, Mountain View, California

Crowe M. A plan for action to reduce hospital-acquired infection. *Nursing Times* 1996; 92: 40-41

Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care* 2004, 16(2):107-23

Grol en Wensing (red.). (2001). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Elseviers gezondheidszorg, Maarssen

Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003;362:1225-30

Gemert van JE (2003). *Het totstandkomen en functioneren van infectiepreventieprotocollen. Een onderzoek naar communicatie gestuurd door wet- en regelgeving. Dissertatie*, Enschede.

Hulscher MEJL, Wensing M, Grol RPTM. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. *American Journal of Public Health* 1999;89:737-46

Jenner EA, Mackintosh C, Scott GM. Infection control - evidence into practice. *Journal of Hospital Infection* 1999; 42: 91-104

Jong de ORW, Quak ABWM, Bruin de SR (2003). Voorzorgmaatregelen, onze zorg. Eindrapport invoering Algemene Voorzorgmaatregelen en Isolatierichtlijnen bij het LUMC. TNO-rapport PG\K&D 2003.251, Leiden

Larson EL, Bryan JL, Adler LM, Blane C. A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *American Journal of Infection Control* 1997; 25: 3-10

Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2000; 21: 381-386

Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet* 2000; 356: 1307-1312

Roberts C. Universal precautions: improving the knowledge of trained nurses. *British Journal of Nursing* 2000; 9: 43-47

Serkey JM, Hall GS. Handwashing compliance?: what works? *Cleveland Clinical Journal of Medicine* 2001; 68: 325-329, 333-334, 336

Seto WH. Staff compliance with infection control practices: application of behavioural sciences. *Journal of Hospital Infection* 1995; 30: 107-115

Voss A, Widmer AF. No time for handwashing!? handwashing versus alcoholic rub: can we afford 100% compliance? *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1997; 18: 205-208

Bijlage 3 Samenvatting groepsinterviews

Inleiding

In drie ziekenhuizen zijn semi-gestructureerde groepsinterviews gehouden met de werkgroepen die de invoering begeleiden in hun ziekenhuis van de aanbevelingen uit de WIP-Richtlijn over blaaskatheterisatie.

De ziekenhuizen waren het Medisch Centrum Rijnmond Zuid/Rotterdam, het Leids Universitair Medisch Centrum, en het St. Elisabeth Ziekenhuis/Tilburg.

Bij de interviews waren in totaal betrokken 9 verpleegkundig teamleiders, 3 artsen en 4 ziekenhuishygiënisten.

Het doel van het interview was om op voorhand mogelijke bevorderende en belemmerende factoren in kaart te brengen voor de invoering van de aanbevelingen uit de WIP-Richtlijn.

De resultaten van de interviews zijn gebruikt voor het opstellen van het actieplan.

Hieronder volgt een samenvattend overzicht van de interviews aan de hand van de gestelde vragen.

Belang van de aanbevelingen over blaaskatheterisatie uit WIP-richtlijn

Alle respondenten onderschreven het belang van de aanbevelingen over de indicaties voor katheterisatie, het beperken van het gebruik van katheters, de duur van de katheterisatie en het bevorderen van het gebruik van incontinentiematerialen. Men was van mening dat de aanbevelingen goed duidelijk maken wat wordt verwacht om te voorkomen dat urineweginfecties optreden.

Kanttekeningen bij de aanbevelingen

Vrijwel alle respondenten gaven aan dat het beleid in hun afdelingen wat betreft blaaskatheterisatie al goed aansloot bij de WIP-Richtlijn. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat er wel ruimte is voor verbeteringen, maar dat veel “winst” van het komende project niet verwacht mocht worden.

Tevens werd aangegeven dat de gekozen afdelingen voor het project nogal verschillen inzake katheterisatie. Op De IC's zijn verblijfskatheters gemeengoed, in vergelijking met verpleegafdelingen.

De geïnterviewden gaven aan dat de aanbevelingen in de WIP-Richtlijn duidelijk beschreven zijn, maar enkelen benadrukten dat tekst saai was en ook de lay-out weinig aantrekkelijk. De leesbaarheid kon worden verbeterd.

Enkele geïnterviewden gaven aan dat de WIP-Richtlijn (te) weinig rekening houdt met de wensen van patiënten. Bijvoorbeeld patiënten die persé om uiteenlopende redenen geen luier willen, en de voorkeur geven aan een katheter.

Belemmeringen bij het opvolgen van de aanbevelingen

Hoewel iedereen vond dat de aanbevelingen moeten worden opgevolgd, blijken er in de praktijk meerdere belemmerende factoren.

Indicatiestellingen

Het werd onderschreven, dat incontinentie voor urine en preventie van decubitus geen indicaties zijn voor katheterisatie. Maar men vond ook dat er uitzonderingen zijn, die niet in de WIP-Richtlijn staan. Vrijwel alle respondenten gaven aan dat bij immobiele patiënten met incontinentie een katheter wordt ingebracht.

Incontinentiemateriaal is voor deze categorie en voor de verpleging te belastend.

Als voorbeeld werd tevens gezegd dat patiënten met constante diarree op een verpleegafdeling een katheter krijgen. Op een afdeling Neurologie krijgen volgens een respondent patiënten met een “groot” CVA die vanuit huis binnenkomen met weinig kans op snel herstel, ook een verblijfskatheter. Geregeld komt het voor dat katheters worden gebruikt uit een zeker “gemak” voor de verpleging, bijvoorbeeld als er in de nachtdienst maar enkele verpleegkundigen zijn.

Residubepaling/echografie

Op enkele afdelingen is een bladderscan voor residubepaling aanwezig, maar in de meeste niet. Daar waar een bladderscan niet aanwezig is wordt volgens veel respondenten makkelijker overgegaan op eenmalige katheterisatie. Overigens zeiden enkele respondenten dat er geen richtlijnen zijn voor de norm/grens van het urineresidu.

Suprapubische katheterisatie

Over de aanbevelingen voor suprapubische katheterisatie zijn kritische geluiden van meerdere respondenten. Opvolgen van de aanbeveling geeft volgens sommigen grote kans op complicaties (bloedingen) en op klachten van patiënten (litteken). De verzorging van suprapubische katheters vergt ook heel veel aandacht volgens de verpleging.

Gebruik incontinentiemateriaal

Het gebruik van incontinentiemateriaal verschilt per afdeling/ziekenhuis. Veel respondenten vinden het belastend voor zichzelf, zeker als er weinig personeel aanwezig is (vaak moeten verwisselen van luiers, condoomkatheters die niet blijven

zitten en veel aandacht vragen), en voor patiënten (vinden luiers niet comfortabel, ouderwets of niet esthetisch). Dan wordt geregeld teruggegrepen op katheters. Op sommige afdelingen (met name verpleegafdelingen) wordt heel bewust beleid gevoerd wat betreft incontinentiemateriaal en dat wordt ook goed aan patiënten uitgelegd. Het taalgebruik wordt ook aangepast: in plaats van condoomkatheter wordt de term “uritip” gebruikt, en steeds wordt naar betere incontinentiematerialen gezocht. Een aantal respondenten was van mening dat in hun afdeling hier zeker nog wel verbeteringsmogelijkheden zijn.

Duur katheterisatie

Bij sommige afdelingen in ziekenhuizen zijn duidelijke afspraken om de duur van de katheterisatie te beperken. Bij overdracht of zaalvisite wordt daar steeds gevraagd naar de reden van de katheterisatie. Bij andere afdelingen is dit veel minder het geval en wordt ook bij zaalvisites niet standaard de katheterisatie besproken. In het algemeen vond men dat er wel nog meer alertheid mogelijk was om de duur nog verder te beperken. Er is veel gewoontevorming die wel doorbroken kan worden.

Adviezen voor verbetering opvolgen WIP-Richtlijn

De respondenten gaven verschillende suggesties voor maatregelen in het kader van het project om de naleving van de WIP-Richtlijn te bevorderen.

Klinische les

Voor het opfrissen van kennis en bewustwording over urineweg infectiepreventie en blaaskatheterisatie, met name over de indicatiestellingen, werden klinische lessen als een goede maatregel gezien. De WIP-Richtlijn moet zo aantrekkelijk mogelijk worden gepresenteerd.

IC's

Door de geïnterviewden uit de IC's werd voorgesteld meer aandacht te geven aan patiënten die langer op de IC verblijven.

Bladderscan

Op alle afdelingen moet een bladderscan standaard aanwezig zijn.

Duur katheterisatie

Meer alertheid op de duur van de katheterisatie kan worden gestimuleerd door katheterisatie standaard op te nemen in de overdracht en in controlelijst bij zaalvisites. Mogelijk is ook katheterisatie op te nemen in het Elektronisch Medisch Dossier.

Gebruik incontinentiemateriaal

Aan patiënten en verpleging beter uitleggen de argumenten voor incontinentiemateriaal. Taalgebruik aanpassen in verband met negatieve associaties met luiers en condoomkatheters. Alert zijn op nieuwe verbeterde incontinentiematerialen.

Bijlage 4 Suggesties voor maatregelen beperken blaaskatheterisatie

In alle deelnemende afdelingen zijn protocollen voor katheterisatie. Aanvullend op deze protocollen worden de volgende maatregelen geadviseerd voor de opdracht/indicatiestelling, duur katheterisatie en het gebruik van alternatieven. Het is zeker denkbaar dat in de ziekenhuizen nog andere maatregelen kunnen worden voorgesteld, waarover dan ook afspraken moeten worden gemaakt.

Opricht en indicatiestelling

- De opdracht en indicatie om bij een patiënt een urethra-verblijfskatheter te plaatsen wordt schriftelijk in het patiëntendossier gedocumenteerd
- De reden voor het plaatsen van een urethra-verblijfskatheter wordt expliciet in het patiëntendossier vermeld
- Op afdeling intensieve zorgen vervalt indicatie indien patiënt de laatste 24 uur voldoet aan de volgende criteria: helder + hemodynamisch stabiel + goede vochtbalans
- Voor het peri-operatief gebruik van blaaskatheters zijn er protocollen aanwezig waarin per ingreep wordt aangegeven wanneer een blaaskatheter wordt ingebracht en verwijderd.

Terechte indicaties voor blaaskatheterisatie zijn:

- Afvloedbelemmering van urine distaal van de blaas leidend tot een groot urineresidu in de blaas.
- Het peri-operatieve gebruik van een katheter om urineproductie te meten en eventuele overrekking van de blaas bij grote urineproductie tijdens de operatie te voorkomen.
- Het nauwkeurig monitoren van de urineproductie onder niet peri-operatieve omstandigheden wanneer de patiënt niet in staat is op verzoek geregeld te urineren, zoals bijvoorbeeld bij intoxicaties of instabiele IC-patienten.
- Het continue spoelen van de blaas bij bloedingen in de blaas.
- Toedienen van medicamenten, bijvoorbeeld amfotericine B, in de blaas.
- Wanneer de patiënt met incontinentie voor urine een open perineale of sacrale wond heeft
- Patiënten met een neurogene blaas en urineretentie
- De verzorging van terminale patiënten.

Onterechte indicaties voor blaaskatheterisatie zijn:

- Cardiale insufficiëntie op een afdeling interne geneeskunde is geen reden voor blaaskatheterisatie.
- Nierinsufficiëntie op een afdeling interne geneeskunde is geen reden voor blaaskatheterisatie.
- Behandeling met diuretica op een afdeling interne geneeskunde is geen reden voor blaaskatheterisatie.
- Longoedeem op een afdeling interne geneeskunde is geen reden voor blaaskatheterisatie.
- Kanker op een afdeling interne geneeskunde is geen reden voor blaaskatheterisatie.
- Decubitus is geen reden voor blaaskatheterisatie tenzij:
 - patiënt incontinent is voor urine en een open perineale of sacrale wond heeft
 - patiënt immobiel is en het risico loopt op decubitus

Monitoring duur katheterisatie

- Elke dag vermeldt arts expliciet in de status dat de patiënt de katheter nog nodig heeft.
- Katheterisatie is vast onderdeel van de controlelijst bij zaalvisite

Gebruik alternatieven voor katheters

- Het gebruik van incontinentiemateriaal is de standaard indien geïndiceerd
- In de afdeling zijn luiers en condoomkatheters in voldoende mate aanwezig
- Patiënten die een katheter willen in plaats van luier/condoomkatheter wordt gewezen op de risico's voor infecties
- Op chirurgische afdelingen gebeurt residubepaling met behulp van de echografische methode

Bijlage 5 Achtergrondinformatie specifieke maatregelen blaaskatheterisatie

Deze bijlage bevat achtergrondinformatie over de suggesties voor maatregelen beperking blaaskatheterisatie, die in bijlage 4 aan de orde komen:

Feiten met betrekking tot overmatig gebruik urethra-verblijfskatheters**➤ Urethra-verblijfskatheters worden overmatig toegepast.**

Bronnen:

Am J Infect Control. 2004 Jun;32(4):196-9.

Inappropriate use of urinary catheters in elderly patients at a Midwestern community teaching hospital.

Gokula RR, Hickner JA, Smith MA.

BACKGROUND: An estimated 4 million patients per year in the United States are subjected to urinary catheterization. Approximately 25% of patients who are hospitalized have an indwelling urinary tract catheter placed at some time during their hospital stay and nosocomial urinary tract infections develop in 5% per day, with associated bacteremia in 4% of patients. **OBJECTIVE:** We sought to assess the prevalence and the appropriateness of the use of urinary catheters at a community teaching hospital in medical patients age 65 years and older. **METHODS:** We randomly selected 285 charts from a total of 2845 patients admitted during the year 2000 who were 65 years and older and had an indwelling urinary tract catheter inserted during the first 24 hours after admission. We excluded patients who had a urinary catheter placed before admission and patients admitted for operation.

RESULTS: On chart review we found an appropriate indication for catheterization for 46% of these patients. A physician or nurse explicitly documented the reason for catheter placement in only 13%. No order for catheterization was written in 33% of the charts. Mean duration of catheter use was 3 days. **CONCLUSIONS:** Less than half of urinary catheterizations in this teaching hospital were indicated and even fewer had an explicit indication recorded in the chart. Other investigators have had

similar findings at other hospitals. Interventions are needed to decrease the inappropriate use of urinary catheters.

Clin Perform Qual Health Care. 1998 Jul-Sep;6(3):99-102.

Overutilization of indwelling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections. Gardam MA, Amihod B, Orenstein P, Consolacion N, Miller MA.

OBJECTIVE: To assess the impact of the overutilization of indwelling urinary catheters in the emergency department on the development of nosocomial urinary tract infection. DESIGN: Prospective cohort study. SETTING: 638-bed tertiary-care hospital. PATIENTS: 118 consecutive medical and surgical admissions from the emergency department collected over 3 weeks. INTERVENTION: Catheterized patients were assessed. The completeness of documentation relating to catheter insertion and two outcomes were measured: asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection. RESULTS: 24 (20.3%) had catheters inserted, of whom 12 (50%) were catheterized for justifiable indications. Positive urine cultures were found in 10 of the catheterized patients (42%), 5 of whom fulfilled the definition for catheter-associated urinary tract infection. Three of the five infections

occurred in patients for whom catheterization was not justifiable. An order was written for catheter insertion in 62.5% of charts, while the rationale for catheterization was documented in 16.7%. CONCLUSIONS: Many nosocomial urinary tract infections are due to the inappropriate placement of indwelling urinary catheters in the emergency department. The prevention of these infections should begin with restricting catheterization to those patients for whom it is appropriate.

Arch Intern Med. 1995 Jul 10;155(13):1425-9.

Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. Jain P, Parada JP, David A, Smith LG.

BACKGROUND: The indwelling urinary tract catheter (IUTC) is an important aspect of medical care. We studied the prevalence of the unjustified use of the IUTC in hospitalized medical patients and identified situations associated with its unjustified use. METHODS: This prospective study involved 202 patients admitted to either the medical intensive care unit (n = 135) or the medical floors (n = 67) of a tertiary care university hospital who were catheterized during the hospital admission. An independent observer assessed the indication of initial catheterization by chart review and interview with the patient and the nurse. The need for continued catheterization was assessed daily by the same observer. The proportion of unjustified IUTC placement was determined using the study guidelines. Complications as a direct consequence of catheter use were recorded. RESULTS: Of the 202 patients who were studied, the initial indication for the placement of an IUTC was found to be unjustified in 21% (95% confidence interval [CI], 15% to 27%). Continued catheterization was unjustified in 47% (95% CI, 42% to 57%) of 912 patient-days with IUTC studied. In the medical intensive care unit, 64% (95% CI, 58% to 70%) of the total unjustified patient-days with IUTC resulted from its excessively prolonged use for monitoring urine output. Urinary incontinence was found to be the major cause of unjustified initial ([52%] 95% CI, 32% to 74%) and continued ([56%] 95% CI, 50% to 62%) use of IUTC in the noncritical care areas. Catheter-related urinary tract infection requiring intravenous antibiotics or continuous bladder irrigation with amphotericin B was observed in 5% of the patients. CONCLUSIONS: The IUTCs are significantly overused in hospitalized medical patients and careful attention to this aspect of medical care may reduce catheter-related complications by primary prevention.

Infect Control. 1987 Dec;8(12):507-11.

Use of indwelling urinary tract catheters in Swedish hospitals. Burman LG, Fryklund B, Nystrom B.

In a survey of 67,774 patient days in 27 Swedish acute care hospitals, an indwelling urinary tract catheter (IUTC) was in place during 12% of patient days. There were marked differences between services (from 2% in rheumatology to 49% in urology), but also between hospitals for the same type of service (general surgery, internal medicine, gynecology, orthopaedic surgery) concerning proportion IUTC days, average duration of catheterization and the indications for IUTC use. The great local variation in IUTC usage for a particular service was usually not correlated with type of hospital (district, county, or regional/teaching), ie, with the mix of patients studied. We propose that the results mainly reflect a variable local impact of infection control and that a much more restrictive use of IUTCs is possible in many wards. This condition would imply a considerable potential for reducing the incidences of urinary tract infection and bacteremia and thus, mortality among hospitalized patients in Sweden.

➤ **Het gebruik van reminders is een effectieve maatregel om de katheterisatieduur te verminderen.**

Bronnen:

Jt Comm J Qual Patient Saf. 2005 Aug;31(8):455-62.

A reminder reduces urinary catheterization in hospitalized patients. Saint S, Kaufman SR, Thompson M, Rogers MA, Chenoweth CE.

BACKGROUND: Indwelling urinary catheters are placed in up to 25% of hospitalized patients and are a leading cause of hospital-acquired infection. Duration of catheterization is the dominant risk factor for hospital-acquired urinary tract infection. Physicians are often unaware that their patients have a urinary catheter, and these "forgotten" catheters are frequently unnecessary. **METHODS:** A controlled trial, using a pretest-posttest design, was conducted on four hospital wards at an academic medical center. A simple written reminder was designed to aid the hospitalized patient's team in remembering that the patient had a urinary catheter. Two of the four wards were assigned to the intervention group, and two served as controls. A research nurse monitored the urethral catheter status of each patient daily. **RESULTS:** A total of 5,678 subjects were evaluated. After adjusting for age, sex, and length of stay, the average proportion of time patients were catheterized increased by 15.1% in the control group but decreased by 7.6% in the intervention group in the intention-to-treat analysis ($p = .007$). There was no significant difference in urethral recatheterizations between intervention and control groups. The hospital cost savings provided by the intervention offset the necessary costs of this nurse-based intervention. **CONCLUSION:** In the approximately 90% of U.S. hospitals currently without computerized order-entry systems, a written reminder should be considered as one method for improving the safety of hospitalized patients.

Am J Med Qual. 2005 May-Jun;20(3):121-6.

Prevention of nosocomial catheter-associated urinary tract infections through computerized feedback to physicians and a nurse-directed protocol. Topal J, Conklin S, Camp K, Morris V, Balcezak T, Herbert P.

Catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs) represent the most common nosocomial infection. The authors' baseline rate of CAUTI for general medical service was elevated at 36 per 1000 catheter-days. The medical literature has consistently linked inappropriate catheter use with the development of CAUTI. The baseline data also revealed a high rate of inappropriate use of indwelling urinary catheters. Using the dual modalities of technology through prompts in the computerized order/entry system and handheld bladder scanners, as well as in combination with staff education and nurse empowerment, the authors were successful in reducing the use and duration of urinary catheters as well as the incidence of CAUTI. In subsequent data collection cycles over the following 2 years, 81% reduction in device use and a 73% reduction in the clinical end point of nosocomial CAUTI (36/1000 catheter-days to 11/1000 catheter-days; $P < .001$) was demonstrated.

Infect Control Hosp Epidemiol. 2004 Nov;25(11):974-8.

Catheter-associated urinary tract infections in intensive care units can be reduced by prompting physicians to remove unnecessary catheters. Huang WC, Wann SR, Lin SL, Kunin CM, Kung MH, Lin CH, Hsu CW, Liu CP, Lee SS, Liu YC, Lai KH, Lin TW.

OBJECTIVE: Indwelling urinary catheters are the most common source of infections in intensive care units (ICUs). The aim of this study was to evaluate the efficacy of nurse-generated daily reminders to physicians to remove unnecessary urinary catheters 5 days after insertion. **DESIGN:** A time-sequence nonrandomized intervention study. **SETTING:** Adult ICUs (medical, surgical, cardiovascular surgical, neurosurgical, and coronary care) of a tertiary-care university medical center. **PATIENTS:** All patients admitted to the adult ICUs during a 2-year period. The study consisted of a 12-month observational phase (15,960 patient-days) followed by a 12-month intervention phase (15,525 patient-days).

INTERVENTION: Daily reminders to physicians from the nursing staff to remove unnecessary urinary catheters 5 days after insertion. **RESULTS:** The duration of urinary catheterization was significantly reduced during the intervention phase (from 7.0 ± 1.1 days to 4.6 ± 0.7 days; $P < .001$). The rate of catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) was also significantly reduced (from 11.5 ± 3.1 to 8.3 ± 2.5 patients with CAUTI per 1,000 catheter-days; $P = .009$). There was a linear relationship between the monthly average duration of catheterization and the rate of CAUTI ($r = 0.50$; $P = .01$). The excess monthly cost of antibiotics for CAUTI was reduced by 69% (from 4021 dollars \pm 1800 dollars to 1220 dollars \pm 941 dollars; $P = .004$). **CONCLUSION:** This study demonstrated that a simple measure instituted as part of a continuous quality improvement program significantly

reduced the duration of urinary catheterization, rate of CAUTI, and additional costs of antibiotics to manage CAUTI.

➤ **Wanneer tijdens een abdominale ingreep een blaaskatheter noodzakelijk is, heeft het gebruik van een suprapubische blaaskatheter de voorkeur.**

Bronnen:

Br J Surg. 2006 Jun 27

A meta-analysis comparing suprapubic and transurethral catheterization for bladder drainage after abdominal surgery McPhail MJ, Abu-Hilal M, Johnson CD.
BACKGROUND: Although bladder drainage is widely used for general surgical patients undergoing laparotomy, there is little consensus on whether suprapubic or transurethral catheterization is better. **METHOD:** A systematic database search was undertaken to find all studies of suprapubic catheterization. Randomized controlled trials were identified for inclusion. Endpoints for analysis were bacteriuria, patient satisfaction and recatheterization rates. A meta-analysis was performed using fixed-effect or random-effect models as appropriate, depending on heterogeneity. **RESULTS:** After abdominal surgery, transurethral catheterization is associated with significant bacteriuria (relative risk (RR) = 2.02, $P < 0.001$, 95 per cent confidence interval (c.i.) 1.34 to 3.04) and pain or discomfort (RR = 2.94, $P = 0.004$, 95 per cent c.i. 1.41 to 6.14). Recatheterization rates using the transurethral method were not increased significantly (RR = 1.97, $P = 0.213$, 95 per cent c.i. 0.68 to 5.74) with heterogeneity between studies. **CONCLUSION:** The suprapubic route for bladder drainage in general surgery is more acceptable to patients and reduces microbiological morbidity.

Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20

Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in adults Niel-Weise BS, van den Broek PJ.

BACKGROUND: Indwelling urinary catheters are often used for bladder drainage during hospital care. Urinary tract infection is a common complication. Other issues that should be considered when choosing an approach to catheterisation are patients' comfort, other complications/adverse effects, and costs. **OBJECTIVES:** To determine the advantages and disadvantages of alternative approaches to catheterisation for short-term bladder drainage in adults. **SEARCH STRATEGY:** We searched the Cochrane Incontinence Group Specialised Register (searched 20 December 2004). Additionally, we examined all reference lists of identified trials. **SELECTION CRITERIA:** All randomised and quasi-randomised trials comparing catheter route of insertion for adults catheterised for up to 14 days. **DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** Data were extracted by both reviewers independently and compared. Disagreements were resolved by discussion. Data were processed as described in the Cochrane Handbook. If the data in trials had not been fully reported, clarification was sought directly from the authors. **MAIN RESULTS:** Seventeen parallel-group randomised controlled trials met the inclusion criteria. Fourteen trials compared indwelling urethral catheterisation with suprapubic catheterisation. Groups managed with an indwelling catheter had more cases of bacteriuria (RR 2.60; 95%CI 2.12 to 3.18), more frequent recatheterisation (RR 4.12; 95%CI 2.94 to 7.56), and more people with discomfort (RR 2.98; 95%CI 2.31 to 3.85). There were no reports of complications during insertion, although not all trials stated this explicitly. Three trials compared indwelling urethral catheterisation with intermittent catheterisation. In the two trials with data, there were fewer cases of bacteriuria in the intermittent catheterisation group (RR 2.90; 95%CI 1.44 to 5.84). Costs analyses reported in two trials favoured the indwelling group. **AUTHORS' CONCLUSIONS:** There was evidence that suprapubic catheters have advantages over indwelling catheters in respect of bacteriuria, recatheterisation and discomfort. The clinical significance of bacteriuria was uncertain, however, and there was no information about possible complications or adverse effects during catheter insertion. There was more limited evidence that the use of intermittent catheterisation was also associated with a lower risk of bacteriuria than indwelling urethral catheterisation, but might be more

costly. Using intermittent catheterisation postoperatively limits catheterisation to those people who definitely need it.

Discussiepunten over het peri-operatieve gebruik van urethra-verblijfskatheters

➤ Is het mogelijk om de beoogde operatieve ingreep uit te voeren zonder dat er tijdens of na de ingreep een urethra-verblijfskatheter wordt geplaatst?

Bronnen:

Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Oct;45(5):380-3.

Is it necessary to catheterise the bladder routinely before gynaecological laparoscopic surgery? Tang KK, Wong CK, Lo SF, Ng TK.

BACKGROUND: Catheterisation of the bladder was routinely performed before gynaecological laparoscopy, but such an established practice is not evidence based and may lead to an increase in postoperative urinary symptoms and urinary tract infection. **AIMS:** To compare routine urethral catheterisation and non-catheterisation before laparoscopic surgery with respect to bladder injury, postoperative urinary symptoms and urinary tract infection (UTI). **METHODS:** This was a prospective, double blind randomised study. All women undergoing gynaecological laparoscopy, both elective and emergency, were invited to participate in the study. Cases involving bladder dissection, second trimester pregnancy and those who could not void preoperatively were excluded. Patients were randomly allocated to catheterise group and non-catheterise group. Requirement of catheterisation in the non-catheterise group, bladder injury, postoperative catheterisation, urinary symptoms and UTI were studied. **RESULTS:** Two hundred and seventy-nine women were recruited of whom 262 were suitable for final analysis. Each group contained 131 cases. Patient characteristics and operative parameters were comparable in both groups. There was no bladder injury. Four percent of the women in the non-catheterise group needed catheterisation and catheterisation was significantly associated with surgery longer than 90 min ($P < 0.001$). Postoperative UTI was insignificantly reduced in the non-catheterised group. When postoperative urinary symptoms and urinary tract infections were studied as a composite outcome, they were statistically significantly reduced in the non-catheterise group ($P = 0.017$). **CONCLUSIONS:** The policy of non-catheterisation before gynaecological laparoscopic surgery is safe and feasible. Although the reduction in UTI is insignificant, the overall postoperative urinary problems (urinary symptoms or UTI) are reduced significantly.

Int J Gynaecol Obstet. 2003 Dec;83(3):267-70.

Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. Ghoreishi J.

OBJECTIVES: A prospective randomized study was used to determine the effect of urinary bladder catheterization on first-void discomfort, time of ambulation, hospital stay, and urinary tract infection in women undergoing caesarean delivery. **METHODS:** We randomly assigned 270 women delivered by cesarean section to urinary bladder catheterization or no catheterization. Prospective methods were used to assess patient discomfort with the first postoperative void after, time of ambulation, time of hospital stay, and need for recatheterization. **RESULTS:** Of 135 women who did not receive an indwelling urinary catheter after cesarean delivery, six (4.4%) patients needed postoperation urinary catheterization. The time of first postoperative voiding was 8-11 h in 54 (42.5%) of cases. The ambulation time in the uncatheterized group was 6.8 h, vs. 12.9 h in the control group. Uncatheterized patients had a shorter hospital stay. Urinary tract infection was not assessed in this

study. CONCLUSIONS: Routine use of indwelling urinary catheter in cesarean delivery patients with a stable hemodynamic condition is not necessary.

Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 1999 Jun;9(3):184-6.

Urinary catheter in laparoscopic cholecystectomy: is it necessary? Liu SK, Rassai H, Krasner C, Braun J, Matolo NM.

The aim of this prospective study was to evaluate the necessity or urinary catheterization in elective laparoscopic cholecystectomy. From April 1996 to April 1998, 261 patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy at a county hospital were randomized to either receive or not receive preoperative urinary bladder catheterization. Data analyzed included age and gender of patients, length of surgery, and intraoperative and perioperative complications such as visceral injury, urinary tract infection, and urinary retention. Our results showed, although not statistically significant, more urinary tract complications in the "with Foley" group than in the "without Foley" group (four vs one, respectively). There was no significant difference between the two groups with respect to length of operation and perioperative complications. There was no visceral injury or operative mortality in this study. We conclude that urinary catheterization can be omitted safely in elective laparoscopic cholecystectomy.

➤ **Is het nodig dat de urethra-verblijfskatheter na de operatieve ingreep nog enige tijd blijft zitten of mag hij binnen 24 uur na de ingreep worden verwijderd?**

Bronnen:

Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20

Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in adults Niel-Weise BS, van den Broek PJ.

BACKGROUND: Indwelling urinary catheters are often used for bladder drainage during hospital care. Urinary tract infection is a common complication. Other issues that should be considered when choosing an approach to catheterisation are patients' comfort, other complications/adverse effects, and costs. OBJECTIVES: To determine the advantages and disadvantages of alternative approaches to catheterisation for short-term bladder drainage in adults. SEARCH STRATEGY: We searched the Cochrane Incontinence Group Specialised Register (searched 20 December 2004). Additionally, we examined all reference lists of identified trials. SELECTION CRITERIA: All randomised and quasi-randomised trials comparing catheter route of insertion for adults catheterised for up to 14 days. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Data were extracted by both reviewers independently and compared. Disagreements were resolved by discussion. Data were processed as described in the Cochrane Handbook. If the data in trials had not been fully reported, clarification was sought directly from the authors. MAIN RESULTS: Seventeen parallel-group randomised controlled trials met the inclusion criteria. Fourteen trials compared indwelling urethral catheterisation with suprapubic catheterisation. Groups managed with an indwelling catheter had more cases of bacteriuria (RR 2.60; 95%CI 2.12 to 3.18), more frequent recatheterisation (RR 4.12; 95%CI 2.94 to 7.56), and more people with discomfort (RR 2.98; 95%CI 2.31 to 3.85). There were no reports of complications during insertion, although not all trials stated this explicitly. Three trials compared indwelling urethral catheterisation with intermittent catheterisation. In the two trials with data, there were fewer cases of bacteriuria in the intermittent catheterisation group (RR 2.90; 95%CI 1.44 to 5.84). Costs analyses reported in two trials favoured the indwelling group. AUTHORS' CONCLUSIONS: There was evidence that suprapubic catheters have

advantages over indwelling catheters in respect of bacteriuria, recatheterisation and discomfort. The clinical significance of bacteriuria was uncertain, however, and there was no information about possible complications or adverse effects during catheter insertion. There was more limited evidence that the use of intermittent catheterisation was also associated with a lower risk of bacteriuria than indwelling urethral catheterisation, but might be more costly. Using intermittent catheterisation postoperatively limits catheterisation to those people who definitely need it.

BJOG. 2004 Aug;111(8):828-30.

How long should urinary bladder catheterisation be continued after vaginal prolapse surgery? A randomised controlled trial comparing short term versus long term catheterisation after vaginal prolapse surgery. Hakvoort RA, Elberink R, Vollebregt A, Ploeg T, Emanuel MH.

OBJECTIVE: To determine whether prolonged urinary bladder catheterisation after vaginal prolapse surgery is advantageous. DESIGN: Randomised controlled trial. SETTING: A large training hospital in the Netherlands. POPULATION: Patients undergoing anterior colporrhaphy. METHODS: One hundred patients were included. Patients were randomised into two groups. In one group (n= 50), a transurethral catheter was in place for four days post-operatively and removed on the fifth post-operative day. In the other group (n= 50), catheterisation was not prolonged and the catheter was removed the morning after surgery. Residual volumes after removal of the catheter were measured by

ultrasound scanning. Where residual volumes of >200 mL were found the patient was recatheterised for three more days. Urinary cultures were taken before removal of the catheter. Six patients were excluded: four in the standard prolonged catheterisation group and two in the not prolonged catheterisation group. MAIN OUTCOME MEASURES: Need for recatheterisation, urinary tract infection, mean duration of catheterisation and hospital stay. RESULTS: Residual volumes exceeding 200 mL and need for recatheterisation occurred in 9% in the standard prolonged catheterisation group versus 40% of patients in the not prolonged catheterisation group (OR 0.15, 95% CI 0.045-0.47). Positive urine cultures were found in 40% of cases in the standard prolonged catheterisation group compared with 4% in the not prolonged catheterisation group (OR 15, 95% CI 3.2-68.6). Mean duration of catheterisation was 5.3 days in the standard prolonged catheterisation group and 2.3 days in the not prolonged catheterisation group (P < 0.001). Mean duration of hospitalisation was 7 days in the standard prolonged catheterisation group and 5.7 days in the not prolonged group (P < 0.001). CONCLUSION: The disadvantages of prolonged catheterisation outweigh the advantages, therefore, removal of the catheter on the morning after surgery may be preferable and longer term catheterisation should only be undertaken where there are specific indications.

ANZ J Surg. 2004 Aug;74(8):658-61.

Management of postoperative urinary retention: a randomized trial of in-out versus overnight catheterization. Lau H, Lam B.

BACKGROUND: There has been no consensus on the best catheterization strategy for the management of postoperative urinary retention. A prospective randomized trial was undertaken to establish the best practice guidelines for the management of postoperative urinary retention. The authors also evaluated the contemporary incidence of urinary retention following different categories of general surgery and examined risk factors associated with its occurrence. METHODS: All patients who underwent elective inpatient surgery between January 2002 and June 2003 were

recruited into the study. Patients who developed postoperative urinary retention were randomized to either having in-out catheterization or placement of an indwelling catheter for 24 h after surgery. RESULTS: A total of 1448 patients was recruited. The overall incidence of urinary retention was 4.1% (n = 60). Significant risk factors associated with postoperative urinary retention included old age, anorectal procedures and use of spinal anaesthesia. Comparison of re-catheterization and urinary tract infection rates between patients who were treated with in-out versus overnight catheterization found no significant differences. CONCLUSIONS: Postoperative urinary retention should be managed by in-out catheterization. Indwelling catheterization for 24 h appeared to bestow no additional benefits. The incidence of urinary retention increases with age, anorectal procedures and the use of spinal anaesthesia.

Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004 May-Jun;15(3):203-7. Epub 2004 Feb 13.

Is an indwelling catheter necessary for bladder drainage after modified Burch colposuspension? Sun MJ, Chang SY, Lin KC, Chen GD. Catheterization is considered to be a mandatory procedure for adequate bladder drainage following an anti-incontinence operation until the recovery of normal voiding function occurs. We conducted this prospective study to challenge this practice. A total of 86 patients with genuine stress incontinence who underwent a modified Burch colposuspension were randomized into two groups based on the day of operation. The study group consisted of 42 patients who had the transurethral Foley catheter removed postoperatively the next morning (Group A). The control group was composed of 43 patients who had the transurethral indwelling catheter left in place until the fifth postoperative day (Group B). The percentages of immediate voiding difficulties in Groups A and B were 7.1% and 0%, respectively (P>0.05). The postoperative urinary tract infection rates of Groups A and B were 16.6% and 23.3%, respectively (P>0.05). The success rates of our patients were not compromised after our modified operative procedures (78.6% with dry results and 19.0% with improved symptoms in Group A vs. 74.4% with dry results and 20.9% with improved symptoms in Group B, P >0.05). Our results imply that it is not necessary that an indwelling catheter, for bladder drainage, be left in place until the fifth postoperative day to prevent immediate voiding difficulties.

Am J Obstet Gynecol. 2003 Aug;189(2):435-7.

Are in-dwelling catheters necessary for 24 hours after hysterectomy? Dunn TS, Shlay J, Forshner D.

OBJECTIVE: In-dwelling catheters for 24 hours after operation are used routinely in gynecologic surgery. This study assesses whether the immediate removal of an in-dwelling catheter after the operation affects the rate of recatheterization, febrile morbidity, symptomatic urinary tract infections, or subjective pain assessments. STUDY DESIGN: This study was a prospective randomized controlled trial comprised of 250 women who underwent hysterectomy and who did not require bladder suspension or strict fluid treatment. The in-dwelling catheter was removed either immediately after the operation or on the first day after the operation. The association between clinical variables and the length of catheterization were assessed by chi-squared analysis. RESULTS: Patients were assigned randomly into 2 groups, with no significant differences in the outcomes, only in the perception of pain. Clinical events included fever (≥ 38.5 degrees C) that occurred in 6 patients in the in-dwelling catheter group compared with 5 patients in the early removal group (P=.01), symptomatic urinary tract infections in 3 patients in both groups (P=.99), and recatheterization in 3 patients in the in-dwelling catheter group

compared with 5 patients in the early removal group ($P=.17$). Subjectively, patients in the early removal group reported significantly less pain than did the in-dwelling group ($P<.001$). **CONCLUSION:** The early removal of in-dwelling catheters after operation was not associated with an increased rate of febrile events, urinary tract infections, or need for recatheterization. In addition, subjective pain assessment was significantly less in the early removal group. Early removal of an in-dwelling catheter immediately after operation is not associated with adverse events.

Am J Obstet Gynecol. 1994 Jun;170(6):1815-8; discussion 1818-21.

Prospective comparison of indwelling bladder catheter drainage versus no catheter after vaginal hysterectomy. Summitt RL Jr, Stovall TG, Bran DF.

OBJECTIVE: This study compares the postoperative outcomes of patients in whom indwelling bladder catheterization or no catheter was used after vaginal hysterectomy. **STUDY DESIGN:** One hundred women undergoing inpatient vaginal hysterectomy were randomly assigned to have an indwelling Foley catheter for 24 hours or no catheter after the procedure. Data regarding postoperative morbidity were recorded, and a clean voided urine specimen for urinalysis and culture was obtained 48 hours and 2 weeks after surgery. **RESULTS:** The study groups were similar with respect to demographics and surgical indications. Two patients in the catheterized group required recatheterization after the catheters were removed. None of the subjects in the no-catheter group required a catheter. There was a significantly higher incidence of fever in the catheter group. No differences were found in the incidence of positive urine cultures between the study groups at 48 hours (8 vs 14, $p = 0.227$) and 2 weeks (6 vs 1, $p = 0.111$), respectively. **CONCLUSION:** Indwelling catheterization appears unnecessary after routine vaginal hysterectomy. However, catheter placement for 24 hours does not contribute significantly to postoperative morbidity.

Ned Tijdschr Geneesk. 1992 Apr 25;136(17):827-31.

[Urination problems following total hip arthroplasty: insertion or not of an indwelling catheter?] Lampe HI, Sneller ZW, Rijnberg WJ.

OBJECTIVE. To assess the frequency of urine retention and of urinary tract infection after total hip replacement in order to: to minimize morbidity due to urine retention and urinary tract infection after total hip replacement; to limit the discomfort to the patient; to decrease the work load of the nursing staff, if possible. **SETTING.** University Hospital Rotterdam. **DESIGN.** Prospective, randomized. **PATIENTS AND METHODS.** In 61 patients after 63 total hip replacements the use of an indwelling catheter for 48 hours (group 1) was compared with catheterisation on indication only (group 2). **RESULTS.** Urine retention was less in group 1 than in group 2, 12/39 (31%) versus 15/24 (63%). In the subgroup males no difference was found between both groups. Urine retention was more frequent in elderly people. No other risk factors could be demonstrated. The number of patients with bacteriuria greater than 10^5 CFU/ml in group 1, 11/39 (28%) did not differ from group 2, 9/24 (38%).

CONCLUSIONS. On the basis of these study results we recommend: In females: to use an indwelling catheter for 48 hours after total hip replacement; In males: to discuss this choice with the patient, because use of an indwelling catheter appears not to decrease the frequency of urine retention. The risk of discomfort caused by catheterisation and urine retention still exists. An indwelling catheter can, without increasing the risk of significant bacteriuria, eliminate this discomfort in the first 48 hours after operation.

Bijlage 6 Procevaluatie door TNO

6.1 Vragenlijstonderzoek onder artsen/verpleegkundigen

Direct na afloop van de voorlichtingsbijeenkomsten met artsen en verpleegkundigen krijgen de deelnemers een korte vragenlijst (voormeting inzake acceptatie maatregelen beperking blaaskatheterisatie, uitkomstverwachtingen, eigen effectiviteitsverwachting, intenties tot naleving). Voor Groep A in september 2006 en Groep B in januari 2007. Ook niet deelnemende artsen/verpleegkundigen krijgen de vragenlijst (in postbakje) met TNO-retourenveloppe. Nameting na 14 maanden voor beide groepen. Vragenlijst in postvakje van alle artsen en verpleegkundigen met TNO-retourenveloppe.

6.2 Interviews artsen/verpleegkundigen

In elk ziekenhuis (10) semi-gestructureerde groepsinterviews met 3-4 artsen en 3-4 verpleegkundigen over de uitvoering van de aanbevolen maatregelen. Respectievelijk voor Groep A na 4 maanden (februari 2007) en 7 maanden (mei 2007) en Groep B na 4 maanden (mei 2007) en 7 maanden (september 2007). Protocol voor het interview wordt gemaakt door TNO. Coördinatoren/ziekenhuishygiënist voeren uit en maken samenvattend verslag.

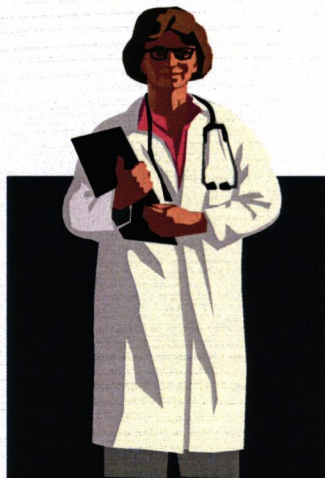
6.3 Interviews met de werkgroepen

Groepsinterviews met de werkgroepen in de ziekenhuizen na respectievelijk na 7 maanden (maart 2007) en 14 maanden (november 2007) voor Groep A en na 7 maanden voor groep B (oktober 2007). Doel is de ervaringen/inzichten/kritische factoren te inventariseren bij de uitvoering van de afgesproken maatregelen, de uitgevoerde activiteiten voor de voorlichting en voortgangsbewaking en om suggesties te verzamelen voor aanpassingen/verbeteringen van de implementatieaanpak.

**B Vragenlijst invoering aanbevelingen ter beperking van
blaaskatheterisatie**

Vragenlijst invoering aanbevelingen ter beperking van blaaskatheterisatie

**Vragenlijst voor de artsen, verpleegkundigen en ziekenhuishygiënisten van de
deelnemende afdelingen in het ziekenhuis**



CONTACTGEGEVENS

**TNO Kwaliteit van Leven
Antwoordnummer 10080
2300 VB Leiden**

Mw. Drs. M.L. Verlaan
T: 071 518 1828
E: marleen.verlaan@tno.nl

TOELICHTING

Deze vragenlijst gaat over de invoering van een aantal concrete afspraken / maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie op de afdeling waar u werkzaam bent.

Als in de vragenlijst wordt gesproken over '**de werkgroep**' dan wordt daarmee bedoeld de werkgroep die de afspraken en of maatregelen binnen uw ziekenhuis invoert.

Met de term '**maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie**' bedoelen we de specifieke afspraken en / of concrete maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie die worden ingevoerd op de afdeling waar u werkzaam bent. Het kan gaan om nieuwe of herziene afspraken, maar ook om het opnieuw onder de aandacht brengen van reeds bestaande afspraken of maatregelen. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan het opnieuw onder de aandacht brengen van een protocol gericht op indicaties voor blaaskatheters of het invoeren van de afspraak dat de redenen voor het plaatsen van een blaaskatheter expliciet in het patiëntendossier vermeld dienen te worden.

De vragenlijst lijkt lang. U hoeft echter waarschijnlijk niet alle vragen in de vragenlijst te beantwoorden. Als vragenblokken niet op u van toepassing zijn, wordt aangegeven naar welke vraag u verder kunt gaan.
Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten.

Wij vragen u:

- de vragenlijst in te vullen met een blauwe of zwarte pen
- bij het beantwoorden van de vragen steeds het antwoord aan te kruisen dat u mening het beste weergeeft
- bij schrijven van tekst duidelijk te schrijven, bij voorkeur door gebruik van blokletters

MAATREGELLEN TER BEPERKING VAN BLAASKATHETERISATIE

- In welk ziekenhuis bent u werkzaam?
- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Ziekenhuis Bernhoven | 6. <input type="checkbox"/> LUMC |
| 2. <input type="checkbox"/> Deventer Ziekenhuis | 7. <input type="checkbox"/> MCRZ |
| 3. <input type="checkbox"/> Haga Ziekenhuis | 8. <input type="checkbox"/> Ziekenhuis Rivierenland |
| 4. <input type="checkbox"/> Kennemer Gasthuis | 9. <input type="checkbox"/> St. Elisabeth |
| 5. <input type="checkbox"/> Laurentius Ziekenhuis | 10. <input type="checkbox"/> VUMC |

Op welke afdeling bent u werkzaam?

.....

Welke functie heeft u op die afdeling?

1. Specialist / arts
2. Artsassistent
3. Ziekenhuishygiënist
4. Verpleegkundige
5. anders namelijk

Bent u op de hoogte van het feit dat het ziekenhuis waar u werkt meedoet aan dit project ter beperking van blaaskatheterisatie?

1. Nee, ik ben niet op de hoogte
2. Ik ben een beetje op de hoogte
3. Ik ben redelijk op de hoogte
4. Ik ben goed op de hoogte

Bent u op de hoogte van de maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie die de werkgroep invoert op de afdeling waar u werkt?

1. Nee, ik ben niet op de hoogte
2. Ik ben een beetje op de hoogte
3. Ik ben redelijk op de hoogte
4. Ik ben goed op de hoogte

Ik vind het belangrijk dat in dit ziekenhuis aandacht wordt besteed aan het beperken van blaaskatheterisatie ter voorkoming van urineweginfecties.

1. Helemaal mee oneens
2. Mee oneens
3. Mee eens
4. Helemaal mee eens
5. Weet ik niet

Is u duidelijk waarom deze maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie bij u op de

1. Nee, is me volledig onduidelijk

afdeling zijn ingevoerd?

2. Is me een beetje duidelijk
3. Is me redelijk duidelijk
4. Is me volledig duidelijk

Wilt u bij de volgende 5 vragen aangeven of de stellingen juist of onjuist zijn. Wanneer u het antwoord niet weet, kunt u de optie 'weet ik niet' aankruisen

- Blaaskatheterisatie levert geen risico op voor het ontstaan van urineweginfecties.
1. Juist
2. Weet ik niet
3. Onjuist
- Elke dag dat een patiënt een blaaskatheter heeft, zorgt voor 5% kans op een urineweginfectie.
1. Juist
2. Weet ik niet
3. Onjuist
- Bij de verzorging van terminale patiënten is een blaaskatheter een terechte indicatie
1. Juist
2. Weet ik niet
3. Onjuist
- Op een afdeling interne geneeskunde is kanker geen reden voor blaaskatheterisatie.
1. Juist
2. Weet ik niet
3. Onjuist
- Bij een immobiele patiënt met risico op decubitus is de indicatie voor een blaaskatheter onterecht.
1. Juist
2. Weet ik niet
3. Onjuist

Zijn er op uw afdeling maatregelen ingevoerd (of opnieuw onder de aandacht gebracht) die betrekking hebben op de terechtheid / onterechtheid van indicaties voor een blaaskatheter?

1. Nee → **ga naar vraag 18.**
2. Ja
3. Weet ik niet

Welke van de onderstaande maatregelen, die betrekking hebben op de terechtheid van indicaties, zijn bij u op de afdeling ingevoerd?

(kruis alles aan wat van toepassing is)

1. Herzien van bestaand protocol gericht op indicatiestelling
2. Opnieuw onder de aandacht brengen van bestaand protocol gericht op indicatiestelling
3. Invoeren van nieuw protocol gericht op indicatiestelling
4. Invoeren van regel dat indicatie voor blaaskatheter vervalt als de patiënt 24 uur helder en hemodynamisch stabiel is en een goede vochtbalans heeft.
5. Gebruik van protocol voor peri-operatief gebruik van blaaskatheters, waarin per ingreep wordt aangegeven wanneer een blaaskatheter wordt ingebracht en verwijderd
6. Opdracht en indicatie voor blaaskatheter structureel noteren in patiëntendossier.
7. Reden voor plaatsing blaaskatheter expliciet vermelden in patiëntendossier
8. Structureel bespreken van de indicatie bij de visite
9. Discussiëren met artsen over indicatie
10. Discussiëren met verpleegkundigen over indicatie
11. Discussiëren met staf / leiding over indicatiestelling
13. Aanschaf bladderscan of ander soort scan
14. Gebruik van bestaande bladderscans makkelijker maken.
15. Anders, namelijk,

- ¹ Heeft u of uw afdeling de maatregelen die zijn ingevoerd gericht op de terechtheid van indicaties voor blaaskatheterisatie op papier in het bezit?
- (Meerdere antwoorden mogelijk)
- | | | |
|----|--------------------------|-----------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | ja, ikzelf |
| 2. | <input type="checkbox"/> | Ja, de afdeling |
| 3. | <input type="checkbox"/> | Nee |
| 4. | <input type="checkbox"/> | Weet ik niet |

16. Kunt u aangeven in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet ik niet
--	---------------------------	---------------	-------------	----------------------	-----------------

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Ik vind het belangrijk dat op mijn afdeling maatregelen zijn ingevoerd (of opnieuw onder de aandacht gebracht) gericht op de terechtheid van indicaties voor blaaskatheterisatie. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| b. Ik weet precies wat er concreet van mij wordt verwacht bij het werken volgens de ingevoerde maatregelen gericht op de terechtheid van indicaties | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| c. Ik verwacht dat door de invoering van de maatregelen, het aantal onterechte indicaties voor een blaaskatheter zal dalen. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| d. De maatregelen gericht op de terechtheid van indicaties voor blaaskatheterisatie horen thuis binnen mijn takenpakket. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| e. De maatregelen gericht op de terechtheid van indicaties sluiten zeer goed aan bij hoe ik gewend ben te werken met patiënten | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |

17. Kunt u aangeven welk antwoord op de volgende vragen uw antwoord het beste omschrijft?

	Zeker niet	Waar- schijnlijk niet	Waar- schijnlijk wel	Zeker wel
--	---------------	-----------------------------	----------------------------	--------------

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Bent u van plan het komende jaar de maatregelen gericht op de terechtheid van indicaties voor blaaskatheterisatie nauwkeurig op te volgen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| b. Verwacht u dat het u gaat lukken om bij alle patiënten waar de maatregelen betrekking op hebben, de | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |

- | | Zeker
niet | Waar-
schijnlijk
niet | Waar-
schijnlijk
wel | Zeker
wel |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 17. Kunt u aangeven welk antwoord op de volgende vragen uw antwoord het beste omschrijft? | | | | |
| maatregelen op te volgen? | | | | |
| c. Bent u bereid uw dagelijkse werkzaamheden aan te passen als de maatregelen daar straks om vragen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| d. Verwacht u dat het u gaat lukken om uw dagelijkse werkzaamheden aan te passen als de maatregelen daar straks om vragen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |

-
18. Zijn er op uw afdeling maatregelen ingevoerd (of opnieuw onder de aandacht gebracht) die betrekking hebben op het monitoren van de duur van het gebruik van een katheter?
1. Nee → **ga naar vraag 23.**
2. Ja
3. Weet ik niet
19. Welke van de onderstaande maatregelen, die betrekking hebben op het monitoren van de duur van het gebruik van blaaskatheters, zijn bij u op de afdeling ingevoerd?
- (kruis alles aan wat van toepassing is)
1. Blaaskatheterisatie is een vast onderdeel van de controlelijst bij zaalvisite
2. Elke dag vermeldt de arts expliciet in de status dat de patiënt de blaaskatheter nog nodig heeft
3. Bij verlaten van de intensive care door patiënt wordt structureel gecheckt of de blaaskatheter nog nodig is
4. Discussiëren met artsen over de duur
5. Discussiëren met verpleegkundigen over de duur
6. Discussiëren met staf / leiding over de duur
7. Anders, namelijk,
20. Heeft u of uw afdeling de maatregelen die zijn ingevoerd gericht op het monitoren van de duur van het gebruik van blaaskatheters op papier in het bezit?
- (Meerdere antwoorden mogelijk)
1. ja, ikzelf
2. Ja, de afdeling
3. Nee
4. Weet ik niet

21. Kunt u aangeven in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent?	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet ik niet
a. Ik vind het belangrijk dat op mijn afdeling maatregelen zijn ingevoerd, gericht op het monitoren van de duur van het gebruik van blaaskatheters.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
b. Ik weet precies wat er concreet van mij wordt verwacht bij het werken volgens de ingevoerde maatregelen gericht op het monitoren van de duur van het gebruik van blaaskatheters.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
c. Ik verwacht dat door de invoering van de maatregelen, de gemiddelde duur van gebruik van blaaskatheters zal afnemen.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
d. De maatregelen gericht op het monitoren van de duur van het gebruik van blaaskatheters horen thuis binnen mijn takenpakket.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
e. De maatregelen gericht op het monitoren van de duur van het gebruik van blaaskatheters sluiten zeer goed aan bij hoe ik gewend ben te werken met patiënten	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
22. Kunt u aangeven welk antwoord op de volgende vragen uw antwoord het beste omschrijft?	Zeker niet	Waar- schijnlijk niet	Waar- schijnlijk wel	Zeker wel	
a. Bent u van plan het komende jaar de maatregelen gericht op het monitoren van de duur van het gebruik van blaaskatheters nauwkeurig op te volgen?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
b. Verwacht u dat het u gaat lukken om bij alle patiënten waar de maatregelen betrekking op hebben, de maatregelen op te volgen?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
c. Bent u bereid uw dagelijkse werkzaamheden aan te passen als de maatregelen daar straks om vragen?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
d. Verwacht u dat het u gaat lukken om uw dagelijkse werkzaamheden aan te passen als de	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	

21. Kunt u aangeven in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent?

Helemaal mee oneens Mee oneens Mee eens Helemaal mee eens Weet ik niet

maatregelen daar straks om vragen?

- 23.** Zijn er op uw afdeling maatregelen ingevoerd (of opnieuw onder de aandacht gebracht) die betrekking hebben op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters (bijvoorbeeld condoomkatheters, incontinentiematerialen)?
1. Nee → **ga naar vraag 28.**
2. Ja
3. Weet ik niet
- 24.** Welke van de onderstaande maatregelen, gericht op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters, zijn bij u op de afdeling ingevoerd?
(kruis alles aan wat van toepassing is)
1. Het gebruik van incontinentiemateriaal is de standaard indien geïndiceerd
2. Op de afdeling zijn alternatieven (luiers en condoomkatheters) in voldoende mate aanwezig
3. Alle patiënten die een blaaskatheter wensen in plaats van een luier / condoomkatheter worden gewezen op de risico's voor infectie
4. Residubepaling gebeurt (nu) met behulp van de echografische methode
5. Dagelijks wegen van patiënten voor monitoren van vochtbalans i.p.v. gebruik blaaskatheter.
6. Anders, namelijk,
- 25.** Heeft u of uw afdeling de maatregelen die zijn ingevoerd, gericht op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters op papier in het bezit?
(Meerdere antwoorden mogelijk)
1. ja, ikzelf
2. Ja, de afdeling
3. Nee
4. Weet ik niet

26. Kunt u aangeven in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent?	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet ik niet
a. Ik vind het belangrijk dat op de afdeling waar ik werk, maatregelen zijn ingevoerd gericht op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
b. Ik weet precies wat er concreet van mij wordt verwacht bij het werken volgens de ingevoerde maatregelen gericht op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
c. Ik verwacht dat door de invoering van de maatregelen, het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal) zal toenemen.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
d. De maatregelen gericht op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters horen thuis binnen mijn takenpakket.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
e. De maatregelen gericht op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters sluiten zeer goed aan bij hoe ik gewend ben te werken met patiënten	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

- | 27. Kunt u aangeven welk antwoord op de volgende vragen uw antwoord het beste omschrijft? | Zeker
niet | Waar-
schijnlijk
niet | Waar-
schijnlijk
wel | Zeker
wel |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Bent u van plan het komende jaar de maatregelen gericht op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters nauwkeurig op te volgen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| b. Verwacht u dat het u gaat lukken om bij alle patiënten waar de maatregelen betrekking op hebben, de maatregelen op te volgen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| c. Bent u bereid uw dagelijkse werkzaamheden aan te passen als de maatregelen daar straks om vragen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| d. Verwacht u dat het u gaat lukken om uw dagelijkse werkzaamheden aan te passen als de maatregelen daar straks om vragen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| 28. Op welke wijze(n) bent u op de hoogte gebracht van de maatregelen die zijn ingevoerd (opnieuw onder de aandacht zijn gebracht)?

(U kunt meerdere antwoorden aankruisen) | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| | 5. <input type="checkbox"/> | 6. <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> | 8. <input type="checkbox"/> |
| | 9. <input type="checkbox"/> | 10. <input type="checkbox"/> | 11. <input type="checkbox"/> | 12. <input type="checkbox"/> |
| | 13. <input type="checkbox"/> | 14. <input type="checkbox"/> | 15. <input type="checkbox"/> | 16. <input type="checkbox"/> |
| | 17. <input type="checkbox"/> | 18. <input type="checkbox"/> | 19. <input type="checkbox"/> | 20. <input type="checkbox"/> |
| | 21. <input type="checkbox"/> | 22. <input type="checkbox"/> | 23. <input type="checkbox"/> | 24. <input type="checkbox"/> |
| | 25. <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/> | 28. <input type="checkbox"/> |
| | 29. <input type="checkbox"/> | 30. <input type="checkbox"/> | 31. <input type="checkbox"/> | 32. <input type="checkbox"/> |
| 29. Heeft u een klinische les / scholing / cursus gehad over het werken volgens de afspraken / maatregelen? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| | 5. <input type="checkbox"/> | 6. <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> | 8. <input type="checkbox"/> |
| | 9. <input type="checkbox"/> | 10. <input type="checkbox"/> | 11. <input type="checkbox"/> | 12. <input type="checkbox"/> |
| | 13. <input type="checkbox"/> | 14. <input type="checkbox"/> | 15. <input type="checkbox"/> | 16. <input type="checkbox"/> |
| | 17. <input type="checkbox"/> | 18. <input type="checkbox"/> | 19. <input type="checkbox"/> | 20. <input type="checkbox"/> |
| | 21. <input type="checkbox"/> | 22. <input type="checkbox"/> | 23. <input type="checkbox"/> | 24. <input type="checkbox"/> |
| | 25. <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/> | 28. <input type="checkbox"/> |
| | 29. <input type="checkbox"/> | 30. <input type="checkbox"/> | 31. <input type="checkbox"/> | 32. <input type="checkbox"/> |

HET WERKEN VOLGENS DE MAATREGELEN TER BEPERKING VAN BLAASKATHETERISATIE.

Onderstaande twee vragen gaan over de verwachtingen en meningen die u en anderen hebben over het gaan werken volgens de maatregelen die bij u op de afdeling zijn ingevoerd.

30. In hoeverre verwachten de volgende personen dat u gaat werken volgens de ingevoerde maatregelen?	Zeker niet	Waar- schijnlijk niet	Waar- schijnlijk wel	Zeker wel
a. Artsen binnen uw afdeling?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. Verpleegkundigen binnen uw afdeling?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. De ziekenhuishygiënist binnen uw afdeling?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. Uw direct leidinggevende?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. De patiënten?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

31. Als het gaat om het werken volgens de maatregelen, hoeveel trekt u zich dan aan van de mening van de volgende personen?	Zeer weinig	Weinig	Veel	Zeer veel
a. Artsen binnen uw afdeling?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. Verpleegkundigen binnen uw afdeling?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. De ziekenhuishygiënist binnen uw afdeling?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. Uw direct leidinggevende?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. De patiënten?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

PRAKTISCHE VOORWAARDEN VOOR HET WERKEN VOLGENS DE MAATREGELEN TER BEPERKING VAN BLAASKATHETERISATIE

De volgende vragen gaan over praktische voorwaarden die het werken volgens de ingevoerde maatregelen op de afdeling waar u werkt kunnen beïnvloeden.

32. Is er binnen uw afdeling formeel tijd ingeruimd voor het werken volgens de maatregelen?
1. Ja
2. Nee
3. Weet niet
33. Heeft u voldoende tijd beschikbaar om volgens de maatregelen te werken?
1. Ja
2. Nee
3. Weet niet
34. Is er binnen uw afdeling een persoon die als taak heeft ondersteuning te bieden bij het werken volgens de maatregelen en waarbij u met vragen over het werken volgens de maatregelen terecht kunt? (bijvoorbeeld een centraal aanspreekpunt of leden van de werkgroep)
1. Ja
2. Nee
3. Weet niet
35. In hoeverre heeft u er behoefte aan dat er op uw afdeling een persoon is die ondersteuning biedt bij het werken volgens de maatregelen en waarbij u terecht kunt met vragen daarover?
1. Zeer veel
2. Veel
3. Weinig
4. Zeer weinig
36. Hoe blijvend denkt u dat het werken volgens de maatregelen is op uw afdeling?
1. Zeer blijvend
2. Blijvend
3. Misschien wel / misschien niet blijvend
4. Niet blijvend
5. Helemaal niet blijvend
37. Zijn er zaken nog niet aan de orde geweest, waarvan u verwacht dat ze u gaan belemmeren bij het werken volgens de maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie?
1. Nee
2. Ja, namelijk

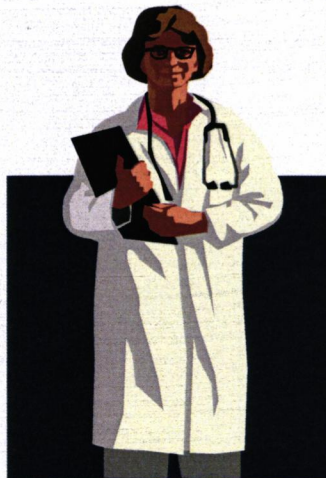
Einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor uw medewerking. De vragenlijst kan in de retourenvelop en worden verstuurd naar TNO.

C Vragenlijst invoering aanbevelingen ter beperking van
blaaskatheterisatie Nameting

Vragenlijst invoering aanbevelingen ter beperking van blaaskatheterisatie Nameting

Vragenlijst voor de artsen, verpleegkundigen en
ziekenhuishygiënisten van de deelnemende afdelingen in het
ziekenhuis



CONTACTGEGEVENS

TNO Kwaliteit van Leven
Antwoordnummer 10080
2300 VB Leiden

Dhr. Dr. R.J.M. Perenboom
T: 071 518 1724
E: rom.perenboom@tno.nl

MAATREGELEN TER BEPERKING VAN BLAASKATHETERISATIE

U werkt in een van de tien ziekenhuizen die meedoen aan het project 'Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra'. Dit houdt in dat op de afdeling waar u werkt een aantal concrete afspraken / maatregelen is ingevoerd, gericht op beperking van blaaskatheterisatie en of preventie van infecties bij blaaskatheterisatie. Via deze vragenlijst wordt in kaart gebracht hoe de invoering is verlopen op de afdelingen. Het invullen van de vragenlijst duurt maximaal 10 minuten.

- 1 In welk ziekenhuis bent u werkzaam?**
- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Ziekenhuis Bernhoven | 6. <input type="checkbox"/> LUMC |
| 2. <input type="checkbox"/> Deventer Ziekenhuis | 7. <input type="checkbox"/> MCRZ |
| 3. <input type="checkbox"/> Haga Ziekenhuis | 8. <input type="checkbox"/> Ziekenhuis Rivierland |
| 4. <input type="checkbox"/> Kennemer Gasthuis | 9. <input type="checkbox"/> St. Elisabeth |
| 5. <input type="checkbox"/> Laurentius Ziekenhuis | 10. <input type="checkbox"/> VUMC |
- 2 Welke functie heeft u op die afdeling?**
1. Specialist / arts
 2. Artsassistent
 3. Ziekenhuishygiënist
 4. Verpleegkundige
 5. anders namelijk
- 3 Bent u op de hoogte van het feit dat het ziekenhuis waar u werkt meedoet aan dit project ter beperking van blaaskatheterisatie?**
1. Nee, ik ben niet op de hoogte
 2. Ik ben deels op de hoogte
 3. Ik ben redelijk / grotendeels op de hoogte
 4. Ik ben goed op de hoogte
- 4 Bent u op de hoogte van de maatregelen ter beperking van (infecties als gevolg van) blaaskatheterisatie, die zijn ingevoerd op de afdeling waar u werkt?**
1. Nee, ik ben niet op de hoogte
 2. Ik ben deels op de hoogte
 3. Ik ben redelijk / grotendeels op de hoogte
 4. Ik ben goed op de hoogte
- 5 Is u duidelijk waarom deze maatregelen ter beperking van blaaskatheterisatie (of ter voorkoming van infecties bij blaaskatheterisatie) bij u op de afdeling zijn ingevoerd?**
1. Nee, is me volledig onduidelijk
 2. Is me deels duidelijk
 3. Is me redelijk / grotendeels duidelijk

4. Is me volledig duidelijk
- 6 Bent u op de hoogte van de risico's die blaaskatheterisatie oplevert voor het ontstaan van urineweginfecties?
1. Nee, ik ben niet op de hoogte
2. Ik ben deels op de hoogte
3. Ik ben redelijk / grotendeels op de hoogte
4. Ik ben goed op de hoogte
- 7 Heeft u een klinische les / scholing / cursus gehad over het werken volgens de afspraken / maatregelen?
2. Ja
2. Nee
- 8 Welke maatregelen zijn er volgens u in 2006 / 2007 ingevoerd (of opnieuw onder de aandacht gebracht) bij u op de afdeling?
- (kruis aan welke typen maatregelen zijn ingevoerd (of opnieuw onder de aandacht zijn gebracht) en licht daaronder kort toe welke maatregelen dit concreet zijn).
1. Maatregelen die betrekking hebben op de terechtheid van indicaties.
2. Maatregelen gericht op het beperken van de duur van het gebruik van blaaskatheters.
3. Maatregelen die betrekking hebben op het gebruik van alternatieven voor blaaskatheters (bv condoomkatheters, incontinentiemateriaal)
4. Maatregelen gericht op de preventie van infecties bij het gebruik van blaaskatheters.
- 9 Kunt u aangeven in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent?
- | | Helemaal
mee
oneens | Mee
oneens | Mee
eens | Helemaal
mee eens | Weet
ik niet |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Ik vind het belangrijk dat op mijn afdeling maatregelen zijn ingevoerd (of opnieuw onder de aandacht gebracht) gericht op de beperking van (infecties als gevolg van) blaaskatheterisatie. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| b. Ik weet precies wat er concreet van mij wordt verwacht bij het werken volgens de ingevoerde maatregelen gericht op de beperking van (infecties als gevolg van) blaaskatheterisatie. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| c. De maatregelen gericht op de beperking van (infecties als gevolg van) blaaskatheterisatie horen thuis binnen mijn takenpakket. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |

- d. De maatregelen gericht op de beperking van (infecties als gevolg van) blaaskatheterisatie sluiten zeer goed aan bij hoe ik gewend ben te werken met patiënten
1. 2. 3. 4. 5.
- e. Ik verwacht dat de maatregelen die bij mij op de afdeling zijn ingevoerd, leiden tot een daling van het aantal urineweginfecties.
1. 2. 3. 4. 5.

HET WERKEN VOLGENS DE MAATREGELN TER BEPERKING VAN BLAASKATHETERISATIE.

10. Bij welk deel van de patiënten waar de maatregelen betrekking hebben, werkt u nu volgens de ingevoerde maatregelen?
1. Bij geen enkele patiënt
2. Bij een minderheid
3. Bij de helft
4. Bij een meerderheid
5. Bij alle patiënten
11. Wat zijn voor u redenen om af te wijken van de werkwijze zoals gewenst bij de ingevoerde maatregelen?
12. Is er binnen uw afdeling formeel tijd ingeruimd voor het werken volgens de maatregelen?
4. Ja
5. Nee
6. Weet niet
13. Heeft u voldoende tijd beschikbaar om volgens de maatregelen te werken?
4. Ja
5. Nee
6. Weet niet
14. Zijn er voldoende middelen beschikbaar om volgens de maatregelen te kunnen werken?
1. Ja
2. Nee, er zijn te weinig / niet altijd
3. Weet niet
- Denk bij het woord middelen ondermeer aan condoomkatheters, incontinentiemateriaal, desinfecteermiddelen en de bladderscan.

15. Is er binnen uw afdeling een persoon die als taak heeft ondersteuning te bieden bij het werken volgens de maatregelen en waarbij u met vragen over het werken volgens de maatregelen terecht kunt?
4. Ja, namelijk de
5. Nee
6. Weet niet
16. Bij welk deel van de patiënten waar de maatregelen betrekking op hebben, bent u van plan om na afloop van dit project te werken volgens de ingevoerde maatregelen?
1. Bij geen enkele patiënt
2. Bij een minderheid
3. Bij de helft
4. Bij een meerderheid
5. Bij alle patiënten
17. Hoe blijvend denkt u dat het werken volgens de maatregelen is op uw afdeling?
6. Zeer blijvend
7. Blijvend
8. Misschien wel / misschien niet blijvend
9. Niet blijvend
10. Helemaal niet blijvend

Einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor uw medewerking. Wilt u de vragenlijst vóór 12 oktober 2007 terug sturen in de bijgevoegde portvrije antwoordenvolp.

