



T 12

Divisie Volksgezondheid
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
Info-VGZ@pg.tno.nl

TNO-rapport

2001.182

Blaaskatheterisatie in de thuissituatie

Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

04 DEC 2001

Datum Oktober 2001

Auteur(s) E.C.P.M. Tak
J. Thie
A.B.W.M. Quak

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Exemplaarnummer

Oplage

Aantal pagina's 38

Aantal bijlagen 4

Opdrachtgever ZonMw

Projectnaam Blaaskatheterisatie in de thuissituatie

Projectnummer 41044

Stamboeknummer

18.251

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande 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 onderzoeksovereenkomsten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

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

© 2001 TNO

KITZ



Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van € 22,69 (f 50,00) (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.8899 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 2001.182

Inhoudsopgave

	1 Inleiding — 7
1.1	Achtergrond — 7
1.2	Opzet en methoden — 7
1.3	Samenwerking — 8
1.4	Opzet rapportage — 8
	2 De theorie — 9
2.1	Inleiding — 9
2.2	Aard en omvang van blaaskatheterisatie — 9
2.3	Medische aspecten — 10
2.4	Technische aspecten — 12
2.5	Zorg/organisatorische aspecten — 15
	3 De praktijk — 20
3.1	Inleiding — 20
3.2	Gang van zaken in de praktijk — 20
	4 Inventarisatie knelpunten — 23
4.1	Invitational conference — 23
4.2	Overzicht knelpunten — 23
4.2.1	Vakinhoudelijk knelpunten — 23
4.2.2	Organisatorische knelpunten — 24
4.2.3	Knelpunten met betrekking tot financiering — 25
	5 Conclusies en aanbevelingen — 27
5.1	Inleiding — 27
5.2	Blaaskatheterisatie thuis kan — 27
5.3	Knelpunten in de praktijk — 27
5.4	Bevorderende factoren — 28
5.5	Oplossingsrichtingen — 28
	Bijlage(n)
	A Literatuur
	B Sociale kaart
	C Overzicht knelpunten Invitational conference
	D Deelnemerslijst Invitational Conference

Voorwoord

Volgens de systematiek van het programma thuiszorgtechnologie van ZON (thans ZonMw) bevindt blaaskatheterisatie zich in de verspreidingsfase. Onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren die de landelijke implementatie van deze technologie bevorderen is van belang. De werkgroep Thuiszorg van het programma Thuiszorgtechnologie van ZON heeft voor 1999 prioriteit gegeven aan dit onderwerp. ZorgOnderzoek Nederland heeft TNO Preventie en Gezondheid gevraagd om in samenwerking met KITZ onderzoek uit te voeren naar de belemmerende en bevorderende factoren van blaaskatheterisatie in Nederland.

Prof. Dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt, hoogleraar Urologie aan de Universiteit Leiden en Uroloog van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) is als adviseur bij het project betrokken geweest.

Namens de onderzoekers,
Drs. E.C.P.M. Tak

Samenvatting

In opdracht van ZonMw heeft TNO Preventie en Gezondheid in samenwerking met KITZ een onderzoek uitgevoerd naar de huidige gang van zaken rond blaaskatheterisatie in de thuissituatie, knelpunten en bevorderpunten en mogelijke oplossingsrichtingen.

Met behulp van een korte literatuurstudie werd de theorie van blaaskatheterisatie beschreven in termen van omvang, indicaties, complicaties, technische aspecten van katheters, zorg en organisatorische aspecten, verantwoordelijkheden en voorlichting. Deskundigen uit het veld zijn hiervoor ook geraadpleegd.

Met een tiental deskundigen zijn vervolgens diepte interviews gehouden om de gang van zaken in de praktijk te beschrijven en om knelpunten op te sporen. In een invitational conference zijn de knelpunten vervolgens besproken en is gezocht naar oplossingen.

Belangrijke knelpunten werden gesignaleerd op vakinhoudelijk gebied (gebrekkige deskundigheid zorgverleners, gebrek aan consensus), organisatorisch (organisatie en continuïteit van zorg) en financieel (vergoeding van materiaal en thuiszorg). Daarnaast zijn ook bevorderpunten gevonden in de vorm van initiatieven om de genoemde knelpunten op te lossen.

Voor de knelpunten op het gebied van deskundigheid (materiaalkennis en uitvoering) geldt dat met name de beperkingen bij de thuiszorg als probleem worden genoemd. Beperkingen enerzijds door gebrekkige of verouderde kennis en/of scholing, en anderzijds door gebrek aan ervaring met name door de lage aantallen patiënten. Dit laatste punt speelt ook bij de huisarts. Kennis over materialen is in het algemeen beperkt bij verschillende zorgverleners. Samen met een gebrek aan consensus over technische aspecten van katheteriseren leidt dit tot verschillende werkwijzen en daardoor vaak tot problemen in de continuïteit van zorg. Dit komt ook tot uiting in de verschillende protocollen die vaak specifiek voor één situatie zijn beschreven.

Consensus tussen en binnen verschillende beroepsgroepen ontbreekt. Wel zijn er initiatieven gesignaleerd die hiertoe een aanzet geven, echter niet op landelijk niveau.

In één regio is een medisch speciaal zaak in het gat gesprongen dat de thuiszorg door capaciteitsproblemen (kwalitatief en kwantitatief) heeft laten vallen. De rol van de medisch speciaalzaken is nieuw en niet altijd even duidelijk (met name naar de thuiszorg toe en financieel) maar voldoet wel aan de vraag en werkt in het door ons geconstateerde geval tot volle tevredenheid van betrokken partijen.

De rol van zorgverzekeraars is in sommige gevallen belemmerend, met name waar het beschikbaarheid van materialen betreft. Dit heeft invloed op de continuïteit van de zorg. Betere afspraken van zorgverzekeraars met alle andere zorgpartijen en afstemming onderling is van belang.

Blaaskatheterisatie in de thuissituatie is een verantwoorde en efficiënte vorm van zorgverlening. Verschillende knelpunten staan brede implementatie in de weg. Mede door richtlijnontwikkeling, bereiken van consensus, specialisatie, duidelijkheid over verantwoordelijkheden, betere voorlichting, en onderling overleg van alle betrokken partijen kunnen deze knelpunten worden opgelost.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Blaaskatheters worden gebruikt om de blaas te ledigen als dit op een andere manier niet mogelijk is of als er een gecontroleerde diurese is gewenst. Het ledigen van de blaas vindt dan plaats door de urine te laten afvloeien via een katheter in plaats van langs de normale weg: de urethra.

De blaaskatheter is een hulpmiddel dat al heel lang toegepast wordt. De indicatie voor blaaskatheterisatie wordt in de regel gesteld door een huisarts of medisch specialist. Uitvoering geschiedt door artsen of verpleegkundigen. Het beleid in Nederland is erop gericht de verblijfskatheter frequent te wisselen, waardoor het optreden van complicaties zoveel mogelijk wordt voorkomen. Het verzorgen en zonodig verwisselen van blaaskatheters zal zoveel mogelijk in de thuissituatie van de patiënt plaatsvinden. In de praktijk lijkt dit niet overal op eenduidige wijze georganiseerd te kunnen worden.

Volgens de systematiek van het programma thuiszorgtechnologie van ZON (thans ZonMw) bevindt blaaskatheterisatie zich in de verspreidingsfase. Onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren die de landelijke implementatie van deze technologie bevorderen is van belang. De werkgroep Thuiszorg van het programma Thuiszorgtechnologie van ZON heeft voor 1999 prioriteit gegeven aan dit onderwerp. ZorgOnderzoek Nederland heeft TNO Preventie en Gezondheid gevraagd om in samenwerking met KITZ onderzoek uit te voeren naar de belemmerende en bevorderende factoren van blaaskatheterisatie in Nederland.

1.2 Opzet en methoden

Vraagstellingen:

1. Wat is de huidige gang van zaken met betrekking tot blaaskatheterisatie in de thuissituatie?
2. Welke problemen en of knelpunten zijn er die verspreiding van blaaskatheterisatie in de thuissituatie belemmeren?
3. Welke oplossingen en mogelijkheden voor verbetering zijn er om verspreiding te bevorderen?

Om antwoord te kunnen geven op deze vraagstellingen is het project in drie onderdelen uitgevoerd:

1. Inventarisatiefase: inventarisatie van de relevante aspecten van de problematiek rondom blaaskatheterisatie thuis, specifiek gericht op de belemmerende en bevorderende factoren
2. Een invitationale conference waar vertegenwoordigers van alle betrokken partijen hun mening geven over de schets van de huidige situatie en over gevonden knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen.
3. Verslaglegging bovenstaande fasen

Onderwerp van dit onderzoek zijn in principe alle patiënten die met een blaaskatheter thuis verblijven.

Wat betreft de achterliggende pathologie en overige kenmerken van patiënten zijn geen beperkingen gesteld. Patiënten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen vallen buiten dit

onderzoek, evenals patiënten die alleen tijdens verblijf in het ziekenhuis gekatheteriseerd zijn.

De inventarisatiefase bestaat uit een korte beschrijving van relevante literatuur over voornamelijk technische aspecten van blaaskatheterisatie. Vervolgens is deze informatie als uitgangspunt gebruikt voor gesprekken met verschillende relevante partijen. Hierbij stonden de organisatorische en zorgtechnische aspecten centraal. Bij de keuze van gesprekspartners is vooral gelet op hun praktische betrokkenheid bij het onderwerp. Het gaat daarbij om voorschrijvers en uitvoerders van katheterisatie, alsook om verstrekkers van voor katheterisatie noodzakelijke materialen. Een sociale kaart is gemaakt om deze relevante partijen in beeld te brengen (zie bijlage B).

Doel van de gesprekken was om te achterhalen hoe op dit moment de zorg georganiseerd is en wat de knelpunten zijn die door verschillende partijen worden genoemd. Hierbij ging het voornamelijk om knelpunten die een succesvolle verspreiding van blaaskatheterisatie in de thuissituatie belemmeren. De volgende onderwerpen zijn aan bod gekomen: prevalentie, indicaties, gang van zaken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, taakverdelingen, regionale afspraken, continuïteit van zorg, protocollering, vergoedingen, materiaal, complicaties en knelpunten huidige situatie.

Gezien het doel van de interviews, inventarisatie van knelpunten, is niet gestreefd naar volledigheid en representativiteit door middel van geografische spreiding of randomisatie. De keuzes zijn ingegeven door praktische aspecten (geografische nabijheid en onderlinge verbanden) en als gevolg van opmerkingen van eerdere gesprekspartners.

Tezamen is deze informatie gebruikt als basis voor de invitational conference, onder andere in de vorm van een overzicht van knelpunten. Uitgangspunt voor de keuze van deelnemers hierbij was een hoger (beleids)niveau in vergelijking met de inventarisatiefase zodat op deze manier de gevonden praktische knelpunten op beleidsniveau getoetst kunnen worden en eventueel aangevuld. Doelstelling is om voor de gevonden knelpunten oplossingsrichtingen te formuleren. Keuze van de deelnemers geschiedt eveneens op basis van de sociale kaart.

1.3 Samenwerking

Het project wordt uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid in samenwerking met KITTZ (KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing). Bij het project is als adviseur betrokken Prof. Dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt, hoogleraar Urologie aan de Universiteit Leiden en Uroloog van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

1.4 Opzet rapportage

In hoofdstuk 2 van deze rapportage wordt theoretische achtergrondinformatie gegeven over blaaskatheterisatie. Aan de orde komen aard en omvang van blaaskatheterisatie en medische, technische en organisatorische aspecten ervan. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de praktijk in Nederland op basis van de gesprekken gevoerd met relevante actoren uit het veld. Het volgende hoofdstuk bevat een overzicht van knelpunten die op basis van de inventarisatie en invitational conference is samengesteld. Het rapport besluit in hoofdstuk 5 met een discussie en eindconclusie, ontleend aan de resultaten van de te invitational conference.

2 De theorie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst een paragraaf gewijd aan aard en omvang van blaaskatheterisatie in Nederland. Vervolgens wordt aandacht besteed aan het proces van blaaskatheterisatie thuis zoals dat theoretisch uitgevoerd zou kunnen worden, onderverdeeld in medische (indicaties en complicaties), technische (materiaal eigenschappen en beperkingen) en organisatorische aspecten.

Voor de totstandkoming van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van literatuur. Een eerste versie is voorgelegd aan verschillende gesprekspartners voor correcties en of aanvullingen. De beschrijving heeft betrekking op blaaskatheterisatie in het algemeen en is niet specifiek voor blaaskatheterisatie in de thuissituatie. Wel is het zo dat vrijwel alle beschreven aspecten van toepassing kunnen zijn bij blaaskatheterisatie in de thuissituatie. Daar waar informatie specifiek betrekking heeft op de thuissituatie staat dit vermeld.

2.2 Aard en omvang van blaaskatheterisatie

Onder blaaskatheterisatie wordt verstaan het inbrengen van een buis via de urethrae of de buikholte in de urineblaas teneinde langs deze weg urine te laten afvloeien.

Blaaskatheters worden gebruikt om de blaas te ledigen als dit op een andere manier niet mogelijk is of als er een gecontroleerde urinelozing (diurese) is gewenst. Bij toepassing van een katheter heeft de sfincter geen functie. Doelen zijn afvloeiing, onderzoek en behandeling. Afhankelijk van de situatie kan gekozen worden voor een permanente of intermitterende urine-afvoer. Blaaskatheters kunnen worden onderverdeeld in:

- eenmalige katheters
 - eenmalig afnemen van urine
 - intermitterende (zelf) katheterisatie
- verblijfskatheter voor korte (na operatie, bevalling), langere tijd of continue ingebracht

Ziekenhuis versus thuis

In ziekenhuizen worden voornamelijk katheters voor een korte tijd gebruikt, terwijl patiënten die in de thuissituatie katheters gebruiken deze meestal voor langere tijd nodig hebben.

Voorkomen

Een betrouwbare schatting van het aantal mensen dat een blaaskatheter heeft is moeilijk te geven. De diversiteit aan indicaties maakt het schatten lastig. Daarnaast zullen onder invloed van allerlei medische en zorgtechnische ontwikkelingen de prevalenties in de loop van de tijd veranderen.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat in ziekenhuizen ongeveer 10-14% van de patiënten gedurende langere tijd een (verblijfs)katheter gebruikt (>3 dagen) (Mulhall, 1988; Zimakoff, 1993; Jepsen, 1982; Burman, 1987). Voor verpleeghuizen ligt dit rond de 5-9% (Muncie en Warren, 1990; Zimakoff, 1993; Warren, 1989), waarbij in slechts een tiende van de gevallen een suprapubische katheter wordt gebruikt (Warren, 1989). Van patiënten die thuiszorg ontvangen gebruikt ongeveer 4-5% een katheter (Getliffe en Mulhall, 1991; Zimakoff, 1993). Het gaat hier met name om urethrale verblijfskatheters

Het voeren van een restrictief beleid in Deense ziekenhuizen (het toepassen van alternatieven voor blaaskatheterisatie en gebruik van richtlijnen) bleek te leiden tot een afname van ongeveer 50% van het aantal katheterisaties in 10 jaar (Zimakoff e.a., 1993).

Volgens een nationale studie van Cools en Van der Meer gebruikt 16% van verpleeghuisbewoners in Nederland een verblijfskatheter (Cools en Van der Meer, 1986). Uit recente gegevens van het registratienetwerk van Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) uitgevoerd door het NIVEL, blijkt dat huisartsen in 1999, per 10.000 inwoners 3 katheters voorschreven. Het gaat hier om katheters zoals omschreven in de Regeling hulpmiddelen 1996. Hiermee maken katheters 2% uit van het totaal aantal voorgeschreven hulpmiddelen door huisartsen. In ruim 50% van de gevallen ging het om een eerste voorschrijving. Met name ouderen boven de 75 jaar kregen een katheter voorgeschreven. Indicaties betroffen stoornissen aan de urinewegen en het zenuwstelsel (Bierman e.a., 2000).

Verondersteld mag worden dat de meeste blaaskatheterisaties thuis door medisch specialisten worden voorgeschreven. Hier zijn echter geen gegevens over gevonden. In de gesprekken met de verschillende partijen zal hier extra aandacht aan besteed worden.

2.3 Medische aspecten

Indicaties

In onderstaande tabel zijn de belangrijkste indicaties voor de verschillende vormen van blaaskatheterisatie vermeld, onderverdeeld naar de duur van het verblijf (Rasker, 1989; NHG, 1993; Fantl e.a., 1996):

Tabel 2.1 Overzicht indicaties blaaskatheterisatie naar verblijfsduur

Katheterisatie	Indicatie
Eenmalig	diagnostiek
	acute urine retentie (postoperatief, postpartum, obstructie)
	residuebepaling
	postoperatief
Intermitterend	acute urineretentie
	chronische urineresidue met secundaire schade aan de blaas en hogere urinewegen
	neurogene blaas (dwarslaesie polyneuropathie)
Langdurig verblijf	langdurige retentie (onvermogen tot mictie)
	chronische urineresidue met secundaire schade aan de blaas en hogere urinewegen
	chronisch overrekte blaas
	monitoren vochtbalans
	preventie van lekkage bij decubitus
	postoperatief (urinewegen)
	prostaahypertrofie
Continue	urethracompressie
	terminale ernstig zieke patiënten
	chronische incontinentie

Hoewel blaaskatheterisatie bij (chronische) incontinentie word afgeraden blijkt dit toch vaak voor te komen. Zo blijkt het in de thuissituatie de meest voorkomende indicatie te zijn (ongeveer 30%; Fiers, 1995). Belangrijke factor hierbij is het vergoedingensysteem in sommige landen waar katheters wel en alternatieven (b.v. opvangmaterialen) niet vergoed worden.

Complicaties

Sommige complicaties van blaaskatheterisatie zijn bij langdurige gebruik (>4 weken) vrijwel onvermijdelijk. Zo zijn bij urethrale verblijfskatheters infecties vaak niet te voorkomen. Hoewel hier door de juiste zorg en terughoudendheid in het gebruik preventief tegen kan worden opgetreden. Juiste keuzes van materiaal en een steriele werkwijze (b.v. door beperkingen van aantal handelingen) bij het katheteriseren zijn hier voorveelden van.

Een verblijfskatheter kan op twee manieren worden ingebracht: transurethraal (via de urethra) of suprapubisch (via de buikwand). Als voorzien wordt dat diurese voor langere tijd via de katheter moet plaatsvinden, dan wordt in het algemeen een suprapubische weg gekozen. Een suprapubische verblijfskatheter wordt via een incisie vlak boven het schaambeent direct in de blaas gevoerd.

De volgende complicaties kunnen optreden (Weber e.a., 1998; NHG, 1993):

- bacteriëmie (bacteriën in bloed)
- urineweg infectie
- obstructie secundair aan encrustraties (kalk- of steenaanslag)
- uitvallen katheter
- pijn
- blaas spasmen
- urethrale erosie
- stenen
- ontsteking bijbal
- ontsteking van de urethra
- lekkage rondom de urethra
- letsel urethra, blaashals of prostaat
- huidontsteking na verwijdering katheter (suprapubische methode)
- stolsels in urine door manipulaties met katheter

Hieronder volgt kort een beschrijving van de meest voorkomende complicaties en hun oorzaken.

Bacteriëmie

Stap verder dan een infectie en zeer ongewenst, maar zal zelden optreden bij een goedlopende katheter

Infecties

De kans op urineweginfecties wordt door katheterisatie aanzienlijk verhoogd. Het is in feite dan ook een geaccepteerd verschijnsel bij katheterisatie. Bij een goed lopende katheter is dit ook geen groot probleem. Factoren die hierbij een rol spelen zijn: de duur van de katheterisatie, de leeftijd en het geslacht van de patiënt, het soort katheter, de conditie van de patiënt (voornamelijk verminderde weerstand, bijvoorbeeld bij diabetes), de katheterisatietechniek en de verzorging van de katheter.

Specifiek voor de thuissituatie word nog vermeld dat het aantal wisselingen en verandering van verpleegkundige de kans op infecties doen toenemen (White en

Ragland, 1995). Daarnaast zijn er ook andere preventieve maatregelen die genomen kunnen worden (o.a. aandacht voor vochtgebruik en goede hygiëne).

De infecties zijn meestal a-symptomatisch maar de patiënten hebben een verhoogde kans op blaas- en nierstenen, nierontsteking bacteriëmie en blaaskanker (Zimakoff e.a., 1996).

Bacteriurie

Bacteriurie (bacteriën in de urine) geeft niet altijd complicaties en hoeft niet behandeld te worden.

Steenanslag

Steenanslag kan tot verstopping leiden van de katheter met als gevolg lekkage langs de katheter of stuwings in de urinewegen. Kan worden tegengegaan door het spoelen van de blaas met een ruime hoeveelheid spoelvloeistof en aanzuren van de urine. Dit kan op twee manieren: 1. Via tabletten of drankje (vitamine E, veenbessen sap) maar dit lukt over het algemeen slecht. 2. Rechtstreeks via de urine (Solutio G of Solutio R).

Uitvallen katheter

Door lek raken van de ballon of een te klein ballonvolume. In geval van een suprapubische catheter dient deze snel vervangen te worden in verband met het sluiten van de wond binnen 6 uur.

Blaaskrampen

Door blaaskrampen kan lekkage langs de katheter ontstaan. De oorzaak hiervan is vaak een te groot ballonvolume (gevolg neurogene blaas). Kan medicamenteus behandeld worden (anticholinergicum) of door verwijdering van de katheter

2.4 Technische aspecten

Kenmerken katheters

De volgende soorten blaaskatheters kunnen worden gebruikt:

- eenmalige katheter
- verblijfskatheter :
 - transurethraal
 - suprapubisch

Onderstaande tabel vat enkele eigenschappen van de verschillende typen samen (gebaseerd op gegevens voor volwassenen), toegespitst op werkwijze in de thuissituatie. Daarna volgt een korte beschrijving van elk type katheter met daarbij de mogelijke keuzes en (contra)indicaties hiervoor. Deze gegevens zijn gebaseerd op informatie van verstrekkers en fabrikanten en gelden over het algemeen als technische eisen.

Tabel 2.2 Eigenschappen verschillende typen blaaskatheters

	Inbreng	Doel	Materiaal	Lengte (cm)		Omtrek (ch)	punt	verblijfs-duur	Ballon volume
				Man	Vrouw				
Katheter eenmalig	Urethraal	Afname Eenmalig	PVC (gecoat of ongecoat) ¹	40	15-20	12-14 ²	Nelaton Tiemann	Eenmalig	n.v.t.
Verblijfs katheter, urethraal	Urethraal	Continue drainage blaas ³	Siliconen, teflon en combinaties Hydrogel	43	26	12-20	Nelaton	6-12 weken	5-15
Verblijfs Katheter suprapu bisch	Buikwand	Continue drainage blaas	Latex, Siliconen en combinaties			16-18	Nelaton	6-12 weken	5-15

Eenmalige katheter

De eenmalige blaaskatheter wordt gebruikt voor intermitterende (zelf) katheterisatie of voor het eenmalig afnemen van urine. Er zijn katheters in verschillende lengten: voor vrouwen 15 tot 20 cm, voor mannen 40 cm. De diameter varieert van 2 tot 10 mm. Deze diameter wordt doorgaans uitgedrukt in charrière (1 Ch = 1/3 mm). De gangbare maten lopen van 6 Ch tot 30 Ch. Meestal wordt bij een volwassene een grootte van 12 tot 14 Ch gekozen. Te grote katheters kunnen beschadiging aan het urethra epitheel veroorzaken, terwijl een grotere katheter betere afvoer mogelijk maakt. De punt is of rond (nelaton catheter) of gebogen (Tiemann katheter) wat makkelijker is in te brengen bij bijvoorbeeld een prostaatvergroting. Voor zelfkatheterisatie wordt door vrouwen en mannen meestal een Nelaton katheter gebruikt. Bij prostaatklasten wordt door mannen in de regel een Tiemann katheter gebruikt, meestal gemaakt van (ongecoat) PVC, soms met een glijmiddellaagje (= gecoat).

Verblijfskatheter: transurethraal

Wordt ook wel genoemd: ballonkatheter, Foleykatheter, Dauerkatheter of katheter à demeure. Onderscheid in twee- of driewegcatheters. De tweeweg katheter heeft twee kanalen (lumen): één voor afvoer van urine, één voor het vullen van de ballon. Bij de drieweg katheter is er ook nog een kanaal voor het irrigeren van de blaas. Deze katheter wordt voornamelijk gebruikt na een prostaatoperatie als intensieve spoeling van de blaas geïndiceerd is.

De verblijfskatheter heeft een ballon voor het op zijn plaats houden van de katheter meestal gevuld met steriel water. Het volume van de ballon varieert van 5-15ml. Te kleine ballonnen kunnen leiden tot het uitvallen van de katheter, te grote ballonnen kunnen de blaas irriteren en leiden tot blaaskrampen. Daarom is meestal een kleinere ballon te prefereren. Verblijfskatheters worden gemaakt van latex of siliconen. Beide materialen hebben voor en nadelen:

¹ tegenwoordig ook vaak van pvc-vrij materiaal (milieuvriendelijk)

² er zijn ook kinderkatheters in bepaalde lengte/charrière

³ bij drieweg katheters ook blaasspoelen

Tabel 2.3 Voor- en nadelen twee materialen blaaskatheters

	Voordelen	Nadelen
Latex	Soepel en trekvast Goedkoop	Grote kans op neerslag zouten en verstopping Irritatie urethra (ontsteking, vernauwing) Verkleefing aan urethraslijmvlies Kortere verblijfsduur (1-6 weken) Latex allergie*
Siliconen	Weinig irritatie Minder kans op zoutneerslag Kleinere kans op infectie Langere verblijfsduur (6-12 weken) stugheid maakt moeilijke katheterisatie mogelijk	zwakker en daardoor een dikkere wand waardoor deze stugger is en minder prettig aanvoelt kostbaar

*Ontstaan als gevolg van veelvuldig gebruik latex katheters maar ook door gebruik andere latex producten

Er zijn ook combinaties van beide materialen die voordelen combineren zoals de latex katheters met een siliconen coating (hydrogel of teflon coating). Deze kunnen ongeveer 1-12 weken blijven zitten, afhankelijk van de samenstelling van materialen en de gebleken acceptatie door de patiënt. Vanwege het grote belang van goede doorstroming wordt meestal een grotere diameter gekozen (Ch 14 of 16). Vrijwel alle verblijfskatheters hebben een nelatompunt.

Verblijfskatheter, suprapubisch

Voor dit doel worden dezelfde kathetermaterialen gebruikt als bij transurethrale verblijfskatheters. De diameter is groter dan bij een transurethrale katheter meestal Ch 16 of Ch 18, het ballonvolume is iets kleiner.

Voordelen van het gebruik van een suprapubische katheter vergeleken met een urethrale katheter zijn: behoud seksueel functioneren, minder urethrale complicaties (o.a. prostatitis), gemakkelijk te verwisselen, gemak patiënt, continue drainage, preventie van huidproblemen, controle over vochtbalans, lager aantal zorgverleners en grotere onafhankelijkheid patiënt. Nadelen zijn de noodzaak van een medisch ingewikkelde ingreep door een specialist (gevaar op darmperforatie, complicaties bij niet goed gevulde blaas) en daardoor de kosten, meer incontinentie, minder flexibiliteit andere mogelijkheden (bv. intermitterende katheterisatie) en gebruik anticholinergica (Fantl, 1996).

Nadelen die bij beide vormen (urethraal en suprapubisch) een rol spelen zijn latex reactie, toename kans op stenen, infectie en veranderingen hogere urinewegen en blaaskanker.

Hulpmiddelen

Behalve de katheter zelf is een aantal hulpmiddelen nodig voor een goed en efficiënt gebruik van een katheter

- Urinezakken; soort te gebruiken zak hangt voornamelijk af van mobiliteit patiënt en benodigde volume (varieert van 350-2000ml); inclusief terugslagklep, aftapkraan (beide altijd noodzakelijk bij thuiszorg), bevestiging en slang (in lengte variërend van

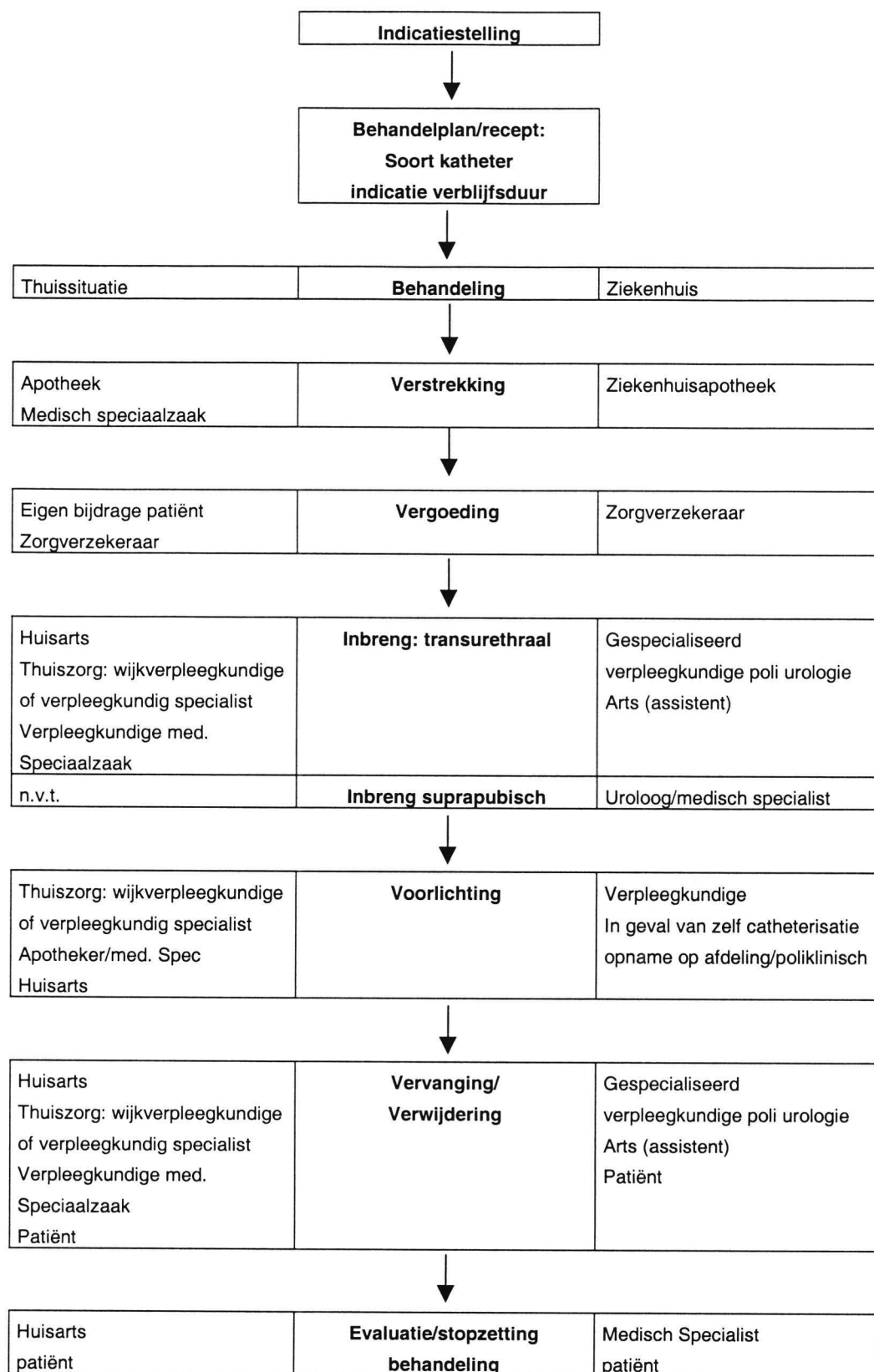
10 tot 115cm, waarbij 90 meest gangbaar). Zowel in disposable als re-usable leverbaar.

- Katheterstopje of kraantje: als een normale mictie is gewenst tijdens het gebruik van een verblijfskatheter kan de katheter met een stopje worden afgesloten. Dit zogenaamde ‘open systeem’ wordt alleen in een omgeving zonder multiresistente bacteriën gebruikt (niet in kliniek wel bij thuiszorg); ook met kraantje. Stopje bij voorkeur vermijden (kans op gecompliceerde ontstekingen), gebruik van kraantje heeft ook voordelen voor patiënt als bewegingsvrijheid en zelfstandigheid.
- Glijmiddel: voorkomt beschadiging urethra; eventueel met lokaal anaestheticum. Er bestaan ook katheters met reeds toegevoegd glijmiddel die speciaal geschikt zijn voor zelfkatheterisatie.
- Overige hulpmiddelen: steriel water (des aqua), luerspuit, desinfectiemiddel, steriele gaasjes, steriele handschoenen, pincet, bakje opvang urine. Afgezien van steriel water en de luerspuit is er voor blaaskatheterisatie thuis geen noodzaak voor deze middelen. Gewoon huishoudelijk reinigen met kraanwater is voldoende en inbrengen zonder handschoenen of pincet is ook goed mogelijk. De overige middelen leiden in zo’n geval alleen tot onnodige kostenstijging.

2.5 Zorg/organisatorische aspecten

In de Nederlandse situatie worden blaaskatheterisaties zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie uitgevoerd. Onderstaand schema geeft per stap de relevante actoren aan. Patiënten kunnen hierbij zowel in de linker als rechterzijde van het schema terecht komen, of tijdens het proces verschuiven. Idealiter zou een groot deel van de zorg in de thuissituatie moeten kunnen plaatsvinden, echter bij elke fase kunnen patiënten ook terugvallen op de (poliklinische) zorg verleend door het ziekenhuis.

Figuur 1: Proces schema Blaaskatheterisatie in de thuissituatie



Hieronder volgt kort een beschrijving van de verschillende stappen en de mogelijke actoren en processen:

1. Indicatiestelling

Het doel van katheterisatie is het laten afvloeien van urine voor onderzoeks- of behandelingsdoeleinden. Patiënten in de thuissituatie zullen voornamelijk met langdurig gebruik te maken hebben.

In Nederland wordt de indicatie in de meeste gevallen gesteld door de huisarts of de medisch specialist. Uit gegevens van de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) uitgevoerd door het NIVEL (Bierman, 2000), blijkt dat in de helft van de gevallen waarin huisartsen een katheter voorschreven, deze zelf hier het initiatief toe nam. Andere initiatiefnemers waren de medisch specialist, thuiszorg en de patiënt zelf. Indien de thuiszorg wordt ingeschakeld voor verpleegkundige zorg bij katheterisatie, moet hiervoor de huisarts worden ingeschakeld. Deze meldt de patiënt aan bij het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) voor beoordeling van de noodzaak van thuiszorg. Ook als de medisch specialist patiënten naar huis stuurt en via de thuiszorg wil laten verzorgen zal hiervoor de huisarts moeten worden ingeschakeld. In principe voert de huisarts dan ook de eerste katheterisatie thuis uit.

2. Verstrekking/vergoeding

Katheters, al dan niet met toebehoren, vallen onder de verschaffing in eigendom van de regeling hulpmiddelen 1996. De aanvraag voor toestemming voor eerste verschaffing van de katheter gaat vergezeld van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts. Voor vervanging is geen toestemming nodig van het ziekenfonds. Indien naar het oordeel van het ziekenfonds redelijkerwijs niet langer dan wel slechts onder voorwaarden een katheter is aangewezen, kan het ziekenfonds een verleende toestemming voor de verschaffing van de katheter intrekken dan wel voorwaarden daaraan verbinden (VWS, 1996).

Het verstrekken van urineweg katheters in de thuiszorg geschiedt veelal via de apotheker. De levering van het materiaal vereist een deskundige begeleiding, niet alleen materiaaltechnisch, maar ook op het gebied van de patiëntenvoorlichting. Hierbij kunnen de facilitaire farmaceutische bedrijven een rol spelen.

Een tweede oprukkende verstrekker zijn de medische speciaalzaken. Zij leveren zowel de benodigde materialen (ook thuis) als de juiste kennis en deskundigheid in de vorm van verpleegkundigen. Dit persoonlijke contact is vooral belangrijk omdat hiermee een goede inschatting kan worden gemaakt over welke katheter het best geschikt is en wat de optimale maximale verblijfsduur is per patiënt. Dit is voornamelijk afhankelijk van de reactie van de patiënt op de katheter. Andere factoren zijn de indicatie, vochtgebruik, de duur van de katheterisatie, de leeftijd en het geslacht van de patiënt.

3. Uitvoering katheterisatie

Afhankelijk van het soort katheter de indicatie, het doel en de toestand van de patiënt kunnen verschillende personen bij katheterisatie betrokken zijn: huisarts, specialist, thuiszorg, verpleegkundigen (ook van de medisch speciaalzaken), mantelzorg en de patiënt zelf. Als vaardigheden gelden: inbrenging, vervanging, verzorging en verwijdering van de katheter en toebehoren (opvangzak etc.).

Afgezien van het inbrengen van een suprapubische katheter wat door een specialist in de kliniek wordt gedaan, is het katheteriseren in principe door alle personen uit te

voeren (met uitzondering wellicht van de mantelzorger). Echter in eerste instantie is vaak de huisarts de aangewezen persoon, gevolgd door de (wijk)verpleegkundige en de patiënt zelf. Onderstaand schema geeft dit aan.

Tabel 2.4 Overzicht handelingen blaaskatheterisatie verschillende actoren

	Huisarts	Specialist	Verpleegkundige	Mantelzorg	Patiënt
Eenmalig, transurethraal	Inbreng		(inbreng)		
Intermitterend, transurethraal	Inbreng (♂)*	Complicaties inbreng	Inbreng (♀) Verzorging	Verzorging Inbreng	Inbreng Verzorging
Verblijfskatheter, transurethraal	Inbreng (♂) (Verzorging)		Inbreng (♀) Verzorging	Verzorging	Verzorging
Verblijfskatheter, suprapubisch	Verzorging Verwisselen	Inbreng	Verzorging Verwisselen	Verzorging	Verzorging

* eenmalig

Met uitzondering van de inbreng van een suprapubische katheter heeft de medisch specialist met het katheteriseren weinig te maken. Hiervoor zijn specialistische technieken nodig (o.a. echo, proefpunctie) die andere zorgverleners niet beheersen. De huisarts kan in principe wel alle overige taken vervullen, inclusief vervanging van een suprapubische katheter. Als deze een eerste periode heeft gezeten is er een kanaal ontstaan wat inbrenging van de volgende katheter aanzienlijk makkelijker maakt. Echter de ervaring leert dat het erg van de bereidheid en ervaring van de huisarts afhangt of deze zelf katheterisaties uitvoert. Partners of familieleden van patiënten kunnen ook getraind worden in het inbrengen bij intermitterende katheterisatie, hetzelfde geldt voor de patiënt zelf. De mate waarin de patiënt zelf in staat is om de inbreng en verzorging uit te voeren hangt af van diens zelfredzaamheid.

In een besluit naar aanleiding van de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) uit 1997, betreffende de functionele zelfstandigheid van verpleegkundigen is vastgelegd dat verpleegkundigen beschikken over de specifieke deskundigheid om zonder toezicht door of tussenkomst van een opdrachtgever, bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren waaronder 'katheterisatie van de blaas (laten wegglopen van urine via een naar de blaas geleide buis). In diverse regio's is gestart met het overdragen van katheterisatie taken naar de thuiszorg waarbij de betrokken specialist de eindverantwoordelijkheid blijft houden.

4 Verantwoordelijkheid

Voor wat betreft patiënten die in het ziekenhuis gekatheteriseerd worden en hierna ontslagen worden en met een katheter thuis komen kan er of poliklinische zorg worden verleend door het ziekenhuis voor verwisseling van katheters of deze zorg wordt in onderling overleg uitbesteed aan derden: thuiszorg of zoals in sommige gevallen medisch speciaalzaken. In het laatste geval verzorgt een verpleegkundige van zo'n bedrijf de verpleegkundige zorg aan de patiënt. Vraag is in zo'n geval bij wie de verantwoordelijkheid ligt. Hierbij kunnen zich twee varianten voordoen:

- 1 Een medisch specialist verleent zorg in het kader van een zorginstelling. In zo'n geval is (het bestuur van) de zorginstelling zorgaanbieder. Indien de zorgaanbieder besluit de zorg niet te verlenen binnen de muren van de instelling maar bij de patiënt thuis, blijft de Kwaliteitswet daarop van toepassing. Dit verandert niet wanneer de

zorgaanbieder voor die ‘thuiszorg’ gebruik maakt van de diensten van een derde (bijvoorbeeld een facilitair bedrijf); het blijft zorg, geleverd door de instelling. Ook als verpleegkundige zorg wordt bijgeleverd, is er nog steeds sprake van zorgverlening door de instelling. De instelling kan er op worden aangesproken indien door het facilitair bedrijf geleverde zorg niet van verantwoord niveau is. Op de individuele zorgverleners (de behandelend arts en de verpleegkundige) is de Wet BIG van toepassing.

- 2 Anders is het wanneer het facilitair bedrijf zelfstandig hulp verleent in de vorm van nazorg na ontslag van de patiënt uit de instelling, waarbij de behandelend specialist bij wijze van serviceverlening heeft bemiddeld. In dat geval moet worden gezien of de door het bedrijf geleverde hulp “zorg” is in de zin van de Kwaliteitswet. Zo ja, dan is het bedrijf aan te merken als “zorgaanbieder” waarop de kwaliteitswet van toepassing is.

5 Voorlichting

In de thuissituatie zijn de meest voorkomende vormen van blaaskatheterisatie intermitterende (zelf) katheterisatie en een verblijfskatheter. Met name bij de laatste zullen nogal eens complicaties op kunnen treden en moet er dus extra aandacht besteed worden aan goed management. Indien de patiënt hier zelf een grote rol in speelt zal er goede voorlichting moeten worden gegeven.

Hierbij zijn de volgende aspecten van belang (Kohler-Ockmore, 1993):

- voorlichting geven voordat katheterisatie aanvangt
- goede uitleg over de reden van katheterisatie
- praktische demonstratie van katheterisatie en omgaan met de hulpmiddelen
- schriftelijke informatie
- mogelijke complicaties en hoe te handelen
- zorgen voor een voldoende voorraad van katheters en hulpmiddelen
- voorlichting over gevolgen op seksueel functioneren en ‘body-image’

Daarnaast dienen er stappen te worden genomen om het aantal complicaties terug te dringen (o.a. zorgen voor juiste materiaal, juiste hygiëne etc.).

In principe zullen alle relevante actoren (schriftelijke en mondelinge) voorlichting moeten geven: de arts over de reden van de katheterisatie, hoe lang het gaat duren, wat mogelijke complicaties zijn etc. De verpleegkundige die de zorg overneemt in de thuissituatie moet voorlichting geven specifiek over de mogelijkheden en beperkingen in de thuissituatie. Hygiëne is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Verstrekken moeten de patiënt of verpleegkundige informeren over de verschillende soorten katheters en zorgen dat de meest geschikte katheter en hulpstukken worden gekozen die het best aansluiten bij de situatie. Hierin hebben overigens ook de voorschrijvers een belangrijke taak.

3 De praktijk

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de verschillende vormen van organisatie van zorg bij katheterisatie thuis zoals naar voren gekomen in de interviews met voorschrijvers, verstrekkers en uitvoerders.

De gesprekken hebben plaatsgevonden in de regio Zuid-Holland (Leiden, Leiderdorp, Schiedam, Den Haag) en eenmalig in de regio Enschede. Gesprekken zijn gevoerd met specialist in het ziekenhuis (1), verpleegkundigen polikliniek urologie (2), specialistisch team thuiszorg (2), incontinentie verpleegkundige thuiszorg (1), verpleegkundige medisch speciaalzaak (1), vertegenwoordigers apotheek (2). Tevens is er informatie verzameld bij thuiszorgorganisaties in de regio Groningen, Friesland, Drenthe en Brabant.

3.2 Gang van zaken in de praktijk

In de praktijk zijn zes verschillende organisatievormen aangetroffen. Dit betekent niet dat dit de enige of meest voorkomende vormen van organisatie van zorg omtrent blaaskatheterisatie in de thuissituatie zijn. De cijfers die gegeven worden hebben voornamelijk op de regio betrekking, en dienen slechts als een richtsnoer. Doel van deze rapportage is dan ook niet om een representatief overzicht te geven van alle in Nederland bestaande organisatievormen, maar om zoveel mogelijk knelpunten op te sporen. Hiertoe zijn in één specifieke regio meerdere interviews met betrokken zorgpartijen gevoerd. Daarnaast zijn enkele inventariserende rondes gemaakt in Noord en Zuid Nederland om de bevindingen te controleren.

Bij de indeling in organisatievormen kan een onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die wel en geen extra zorg nodig hebben bij het katheteriseren thuis.

Patiënten zonder extra zorg bij katheterisatie, voornamelijk intermitterende zelf katheterisatie

Aan patiënten die vanuit het ziekenhuis naar huis worden gestuurd met een katheter voor korte of langere tijd kan op verschillende manieren zorg verleend worden. Afhankelijk van de zelfredzaamheid van de patiënt zal gekeken worden of deze de noodzakelijke katheter verwisselingen zelf kan uitvoeren, al dan niet intermitterend. Bij 80-90% van de patiënten is geen extra zorg nodig.

Organisatievorm 1. **Indicatie:** specialist, **uitvoering:** polikliniek (eenmalig)/patiënt, **leverancier:** apotheek

Deze patiënten hebben geen extra thuiszorg en staan onder periodieke controle van de medisch specialist. Op de polikliniek wordt ze dan geleerd hoe zelf te katheteriseren, krijgen ze voorlichting en de katheter en wisselsets mee naar huis. Deze groep bestaat voornamelijk uit wat jongere patiënten zonder veel complicaties.

Patiënten die extra zorg nodig hebben bij katheterisatie, voornamelijk verblijfskatheters

In zo'n 10-20% van de gevallen is de patiënt niet in staat om zelf katheterwisselingen uit te voeren. Veel voorkomende aandoeningen zijn retentieblaas, neurogene aandoeningen (Parkinson, MS, hernia, dwarslaesie), incontinentie, dementie,

postoperatieve katheterisatie (na ingrijpende behandeling urinewegen , b.v. TURP) en prostaatklaften. Meestal betreft het hier laagcomplexen gevallen van oude uitbehandelde patiënten, die niet meer naar het ziekenhuis kunnen komen voor de katheterwisseling. Percentage mannen ligt rond de 50-70%. Het merendeel hiervan heeft een suprapubische katheter (90%). Gemiddeld gaat het per organisatie om de zorg voor 20-50 personen per jaar die gekatheteriseerd dienen te worden.

Organisatievorm 2. **Indicatie:** specialist, **uitvoering:** thuiszorg, **leverancier:** apotheker

Voor de extra zorg kan de thuiszorg worden ingeschakeld. In dat geval moet deze aanvraag via de huisarts van de patiënt lopen, die meldt een patiënt aan bij het RIO, die kijkt of een wijkverpleegkundige nodig is. Als dit wordt goedgekeurd voert de huisarts de eerste katheterisatie thuis uit (patiënt komt thuis met katheter van het ziekenhuis), omdat dit vereist is binnen de thuiszorg. Ook kan vanuit het ziekenhuis een transferverpleegkundige worden ingeschakeld voor de overdracht van de zorg naar de wijkverpleegkundige. Bij sommige thuiszorg instellingen bestaat de taakverdeling dat suprapubische verwisselingen door het specialistisch team worden afgehandeld en urethrale verwisselingen door de reguliere wijkverpleegkundige.

Wordt een patiënt door de medisch specialist bij de thuiszorg aangemeld dan is de huisarts de eindverantwoordelijke voor deze patiënt zolang deze thuis verblijft. Hier lijkt echter nogal eens onduidelijkheid over te bestaan.

Organisatievorm 3. **Indicatie:** specialist, **uitvoering:** polikliniek ziekenhuis, **leverancier:** medisch speciaalzaak/groothandel

Een andere mogelijkheid is dat verwisselingen standaard op de polikliniek worden uitgevoerd. Hiervoor bestaan verschillende redenen (beperkingen thuiszorg, controle over zorg, complexe gevallen; zie ook bij knelpunten). Ook komt het wel eens voor dat een verpleegkundige van de polikliniek naar mensen toegaat als een verwisseling door de thuiszorg niet kan worden uitgevoerd. Dit is dan een extra (persoonlijke) service van de betreffende verpleegkundige.

Levering van de katheter en hulpstukken geschiedt meestal via medisch speciaalzaken of groothandels. Vanuit de ziekenhuizen bestaat hier een voorkeur voor in vergelijking met apotheken. Redenen hiervoor zijn meer kennis in huis, breder assortiment, leveren extra service. De benodigde hulpmiddelen worden meestal op de polikliniek afgeleverd aan de patiënten meegegeven. Wijkverpleegkundigen halen katheters meestal bij de openbare apotheek.

Organisatievorm 4. **Indicatie:** specialist, **uitvoering:** medisch speciaalzaak, **leverancier:** medisch speciaalzaak

Een volgende mogelijkheid is het inschakelen van een medisch speciaalzaak. Deze wordt in eerste instantie benaderd om de benodigde hulpmiddelen (katheter + wisselset) af te leveren bij de patiënt. Daarnaast bestaan er in enkele gevallen overeenkomsten tussen ziekenhuizen en medisch speciaalzaken voor het uitvoeren van de wisselingen (een algemeen autorisatieformulier dat eenmalig door beide partijen is ondertekend). Hiervoor zet de medisch speciaalzaak een gediplomeerd verpleegkundige in. In sommige gevallen krijgt deze ook de rol van 'organisator' aangemeten doordat het aan haar/hem is om te beslissen of een patiënt door henzelf wordt verwisseld of dat ze deze zorg overdragen aan de thuiszorg. Opvallend detail in vergelijking met de andere organisatievormen is dat de zorg verleend door een verpleegkundige van de medisch speciaalzaak niet vergoed wordt. De betaling betreft alleen het geleverde materiaal, de geleverde zorg wordt gezien als extra service aan de klant/patiënt. Op de machtiging die door de specialist is ondertekend staat nadere aanwijzingen over type katheter

frequentie wisseling etc. Daarnaast is er ook contact tussen verpleging van de polikliniek en medisch speciaalzaak over de overdracht. Feedback over de geleverde zorg bestaat er tussen de verpleegkundige en polikliniek en doordat de patiënt periodiek een wisseling krijgt op de polikliniek (b.v. elke derde wisseling). Dit is ook het geval als er een nood verwisseling nodig is buiten de werktijden van de medisch speciaalzaak (kantooruren) of bij complicaties. Het zorgtechnisch handelen is niet geprotocolleerd.

Organisatievorm 5. Indicatie: huisarts, **uitvoering:** huisarts/thuiszorg, **leverancier:** apotheker

Patiënten die door de huisarts worden geïndiceerd voor katheterisatie kunnen of door de huisarts zelf worden behandeld, door de thuiszorg of in sommige gevallen een verpleegkundige van een medisch speciaalzaak. In principe wordt hetzelfde traject doorlopen als bij inschakeling van de thuiszorg door een medisch specialist (via RIO). Op de machtiging die de huisarts ondertekend staat de omschrijving van de zorg (katheter type, frequentie, grootte ballonvulling, complicaties etc.). Verstrekking van materialen geschied meestal via de lokale apotheek.

Binnen de thuiszorg kunnen dan de verwisselingen worden uitgevoerd door de wijkverpleegkundige of iemand van het specialistisch team. Deze zorg is wel geprotocolleerd en gestandaardiseerd (standaard uitvoeringsverzoeken, contacten etc.).

Organisatievorm 6. Indicatie: thuiszorg/huisarts, **uitvoering:** thuiszorg, **verstrekker:** apotheker

Een enkele keer adviseert de thuiszorg de huisarts om een patiënt te katheteriseren hiervoor dient officieel wel hetzelfde traject te worden doorlopen. Uit de gesprekken kwam naar voren dat huisartsen zich meestal afzijdig houden en weinig kennis en ervaring hebben met katheteriseren.

In onderstaande tabel zijn de verschillende actoren op een rij gezet en gekenschetst naar aanleiding van een aantal kenmerken die voor goede zorgverlening van belang zijn. Hierbij dient nog vermeld te worden dat de opkomst van praktijkverpleegkundigen bij de huisarts een mogelijke nieuwe actor kan opleveren.

Tabel 3.1 Kenmerken zorgverlening blaaskatheterisatie thuissituatie naar actoren

	Huisarts	Apotheek	Medisch speciaalzaak	Polikliniek	Thuiszorg Wijkverpleegkundige ⁴	Specialistisch team
levering	Ja ⁵	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja/Nee ⁶
katheterisatie	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Protocollering	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Voorlichting	Ja	Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Keuze materiaal	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Vergoeding regelen	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja/nee
24-uurs service	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Formele overdracht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

⁴ ook verpleegkundige medisch speciaalzaak

⁵ indien apotheek houdend huisarts

⁶ dit bestaat uit een 'illegale' voorraad aangelegd uit overschotten van vorige patiënten

4 Inventarisatie knelpunten

4.1 Invitational conference

Op basis van de literatuur en uit de gevoerde interviews zijn verschillende knelpunten naar voren gekomen en beschreven in een document dat als basis gebruikt is voor de discussie in een invitational conference met verschillende deskundigen op het gebied van blaaskatheterisatie (voor dit document zie bijlage C).

Het doel van de conferentie was tweeledig:

1. Vaststellen of de uit de literatuur en interviews voortgekomen knelpunten herkend werden door de deelnemers (vorm van validatie in het veld)
2. Het aangeven van oplossingsrichtingen

Voor de conferentie zijn vertegenwoordigers uitgenodigd van verschillende niveaus en achtergronden (voor een overzicht van de deelnemers zie bijlage D). Over het algemeen zijn de knelpunten door de deelnemers onderschreven.

Naar aanleiding van de discussie en het schriftelijke commentaar van de deelnemers is de lijst met knelpunten aangepast en gespecificeerd. In de volgende paragraaf is deze weergegeven.

4.2 Overzicht knelpunten

De knelpunten worden hier puntsgewijs weergegeven, waarbij de volgende indeling wordt gebruikt:

- vakinhoudelijk knelpunten
- organisatorische knelpunten
- knelpunten met betrekking tot financiering

4.2.1 *Vakinhoudelijk knelpunten*

Uit de literatuur en interviews komen verschillende knelpunten op vakinhoudelijk gebied naar voren. Deze knelpunten hebben betrekking op de volgende aspecten:

- deskundigheid van zorgverleners
- consensus ten aanzien van blaaskatheterisatie thuis

Deskundigheid:

- Wijkverpleegkundigen en huisartsen zijn onvoldoende deskundig en/of hebben onvoldoende ervaring met katheteriseren (voornamelijk vanwege het lage aantal patiënten). Dit heeft ook consequenties voor de voorlichting die door hen gegeven wordt. Bij zorgverleners in ziekenhuizen en patiënten lijkt (vaak) twijfel te bestaan over de deskundigheid met betrekking tot katheteriseren bij zorgverleners in de eerste lijn. Als voorbeeld wordt genoemd het te vaak gebruiken van katheters met Tiemann punt bij mannen, ook wanneer dit type katheter niet geïndiceerd is. Als reden hiervoor wordt genoemd dat deze katheter gemakkelijker in te brengen is. Andere voorbeelden zijn het kiezen van de verkeerde soort katheter, of het kiezen van een niet juiste charrière-maat
- Er is te weinig materiaalkennis bij artsen, verpleegkundigen en apothekers, zowel intra- als extramuraal. Dit kan leiden tot verkeerd gebruik van de juiste materialen of tot het toepassen van verkeerde materialen wat tot onnodige complicaties kan leiden.

Voorbeelden hiervan zijn het kiezen van een onjuiste soort katheter; spoelen met Solutio R, terwijl dit door de fabrikant wordt afgeraden en onbekendheid met de optimale verblijfsduur in relatie tot de gebruikte soort katheter.

- Ook bij opleidingen zou onvoldoende deskundigheid bestaan ten aanzien van katheteriseren (thuis).

Consensus:

Algemeen wordt een gebrek aan consensus over verschillende aspecten van blaaskatheterisatie (thuis) gesignaleerd. Dit leidt vaak tot discrepanties tussen de adviezen die intramuraal worden gegeven en de adviezen die extramuraal worden gegeven. Overigens wordt ook een gebrek aan consensus binnen de eerste- en de tweede lijn gesignaleerd.

Onder meer ten aanzien van de volgende aspecten wordt consensus gemist:

- wat zijn indicaties voor katheteriseren thuis?
- welke katheter in welke situatie kiezen? Genoemd wordt dat het assortiment dat de openbare apotheker uit voorraad kan leveren niet altijd overeenstemt met de keuze van de voorschrijver.
- welke hygiënische richtlijnen hanteren voor katheteriseren? Steriel werken is bij katheteriseren thuis meestal niet nodig, schoon werken wel. Steriel werken is kostenverhogend.
- waaraan moet goede voorlichting en instructie voldoen? Kan de instructie thuis plaatsvinden? Is er een opname nodig voor het leren zelfkatheteriseren, kan dat ook in dagbehandeling, poliklinisch of thuis?
- wat is de maximale verblijfsduur van de gebruikte katheter en waarop moet worden gelet bij controle en het eruit halen van de katheter? Wanneer mag een katheter langer blijven zitten?
- Er is geen richtlijn beschikbaar wel zijn er protocollen beschikbaar maar niet op elkaar afgestemd. Gesteld wordt dat protocollen ontwikkeld voor toepassing in het ziekenhuis niet zonder meer voor katheterisatie in de thuissituatie gelden en vice versa.

4.2.2 Organisatorische knelpunten

Uit de literatuur en interviews komen verschillende knelpunten op organisatorisch gebied naar voren. Deze knelpunten hebben betrekking op de volgende aspecten:

- organisatie van zorg
- continuïteit van zorg en communicatie

Organisatie van zorg

Verschillende knelpunten ten aanzien van de organisatie van zorg zijn genoemd:

- het is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de patiënt bij blaaskatheterisatie thuis: de huisarts of de medisch specialist? Opgemerkt wordt dat de huisarts in de praktijk vaak slechts een formele rol lijkt te hebben en neemt en dat het daadwerkelijk betrekken van de huisarts bij het katheteriseren mogelijk onnodig kostenverhogend kan werken.
- het is vaak niet duidelijk wie wat doet. Zo kan het gebeuren dat een patiënt onvoldoende voorlichting en instructie krijgt. Gesteld wordt dat het belangrijk is om in het ziekenhuis al aandacht te besteden aan informatie over de zorg die de patiënt thuis zal ontvangen.
- de rol van de medische speciaalzaak bij blaaskatheterisatie thuis is nieuw. Sommige ziekenhuizen geven aan liever samen te werken met medische speciaalzaken dan met de openbare apotheker en de reguliere thuiszorg. Als redenen worden o.a. genoemd

dat de medische speciaalzaak soms meer persoonlijke aandacht heeft voor de patiënt, meer continuïteit biedt en twee rollen in zich vertegenwoordigt (leverancier en uitvoerder). Men heeft daardoor niet te maken met telkens wisselende zorgverleners. Daar tegenover staat dat de medische speciaalzaak niet 7 x 24 uur bereikbaar is voor noodsituaties, echter dit komt zelden voor en kan ook door anderen worden opgevangen.

- er is onvoldoende geschoold en ervaren personeel bij de thuiszorg. Het kan hierbij gaan om een absoluut of om een kwalitatief tekort. Opgemerkt wordt overigens dat het wisselen van een blaaskatheter planbare zorg is en dat in de regel een redelijke marge gehanteerd kan worden bij het tijdstip waarop de katheterwisseling moet plaatsvinden. In sommige organisaties is om deze redenen een specialisatie doorgevoerd waarbij een beperkt aantal verpleegkundigen nog (een deel van de) katheterisaties uitvoert (bijvoorbeeld het specialistisch team voert alle suprapubische wisselingen uit).
- teveel katheterisaties vinden nog plaats op de polikliniek of dagbehandeling. Als reden wordt genoemd dat men in het ziekenhuis onvoldoende op de hoogte is van de mogelijkheden van de thuiszorg of er te weinig vertrouwen in heeft. Capaciteitsproblemen van de thuiszorg worden ook genoemd als aanleiding voor katheterisatie intramuraal in plaats van thuis.
- zorgverzekeraars staan vaak niet toe dat er standaard een katheter wisselset bij de patiënt thuis aanwezig is. Gevolg hiervan is dat bij een noodzakelijke tussentijdse katheterwisseling het juiste materiaal niet aanwezig is. Hier komt bij dat er onduidelijkheid is over de uitwisselbaarheid van verschillende typen/merken katheters
- genoemd wordt dat het vaak lastig of onmogelijk is om kleine aantallen materialen te krijgen, hierdoor worden er onnodig veel kosten gemaakt. Dit leidt soms tot 'illegale' voorraad vorming bij zorgverleners.

Continuïteit van zorg en communicatie

Hier worden verschillende knelpunten genoemd:

- intramuraal is er is onvoldoende zicht op de in de thuiszorg beschikbare deskundigheid. Kan de thuiszorg wel katheteriseren, kan men ook suprapubisch katheteriseren?
- er is geen of onvoldoende consensus over verschillende aspecten van katheteriseren (zie deskundigheid).
- het ontbreken van een goede overdracht van de patiënt van intra- naar extramuraal wordt vaak genoemd.
- het materiaalgebruik in het ziekenhuis verschilt van het materiaalgebruik thuis en sluit niet altijd aan op het door de openbare apotheker te leveren assortiment
- het recept van de huisarts is vaak summier en biedt te weinig informatie voor de apotheker om de juiste materialen te leveren.

4.2.3 Knelpunten met betrekking tot financiering

Uit de literatuur en interviews komen verschillende knelpunten op financieel gebied naar voren. Deze knelpunten hebben betrekking op de volgende aspecten:

- vergoeding materialen
- vergoeding thuiszorg

Vergoeding van materiaal

- zorgverzekeraars hanteren beperkingen ten aanzien van het verschaffen van materialen. Gevolg hiervan kan zijn dat de materialen die de voorkeur hebben van de

voorschrijver thuis niet gebruikt kunnen worden. Dit heeft ook weer te maken met de kennis over de uitwisselbaarheid van verschillende typen/merken catheters

- het wordt meestal niet toegestaan om een (standaard) voorraad materialen bij patiënt thuis te hebben. Voorraad is wenselijk wanneer er een noodkatheterisatie thuis verricht moet worden of wanneer er een andere zorgverlener wordt ingeschakeld.
- sommige verzekeraars vergoeden alleen de kosten bij levering door de openbare apotheek en niet bij levering door de medische speciaalzaak
- sommige verpleegartikelen noodzakelijk voor katheteriseren worden niet vergoed door zorgverzekeraars
- bij de keuze van materiaal wordt soms in de eerste plaats gelet op kosten en niet op kwaliteit. Zo zijn latex katheters weliswaar in aanschaf goedkoper, maar voor bepaalde indicaties een onjuiste keuze. Zo kan bij het gebruik van latex katheters snellere katheterwisseling nodig zijn; dus meer inzet van zorgverleners, grotere belasting patiënt en verhoging kans op complicaties (penneywise and poundfoolish).

Vergoeding van thuiszorg

- eigen bijdrage thuiszorg. Aan poliklinische katheterisatie zijn voor de patiënt geen kosten verbonden, aan katheterisatie thuis wel. Hoewel dit bedrag vaak klein is blijkt het toch een rol te spelen bij de voorkeur van de patiënt
- de verpleegtechnische zorg van medisch speciaalzaken is niet vergoed; dit wordt door hen gezien als een vorm van service bij de levering van de katheters

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In het voorliggende rapport is een beschrijving gegeven van de gang van zaken in theorie en praktijk omtrent blaascatheterisatie thuis. Knelpunten werden geformuleerd. Een invitational conference, bijgewoond door verschillende deskundigen, heeft hier commentaar op gegeven. In hoofdlijnen ging men akkoord met de beschrijving van theorie en praktijk en onderschreef men de knelpunten. Op details werden aanvullingen gegeven en verbeteringen voorgesteld die hebben geleid tot de definitieve versie van de voorafgaande hoofdstukken van dit rapport.

In dit hoofdstuk worden enkele conclusies geformuleerd en worden aanbevelingen gedaan in de vorm van mogelijke oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde knelpunten.

5.2 Blaaskatheterisatie thuis kan

Gesteld kan worden dat noch uit de literatuurstudie, noch uit interviews of invitational conference, aanwijzingen komen dat blaaskatheterisatie niet uitgevoerd kan worden in de thuissituatie. Evenmin komt naar voren dat wijkverpleegkundige of huisarts en in sommige situaties een verpleegkundige van een medische speciaalzaak in principe niet zouden kunnen katheteriseren.

Met andere woorden: blaaskatheteriseren behoort thuis tot de mogelijkheden.

Voor de wijze waarop katheterisatie thuis in de praktijk uitgevoerd wordt zijn verschillende mogelijkheden aangetroffen en in dit rapport beschreven.

5.3 Knelpunten in de praktijk

Weliswaar behoort blaaskatheterisatie thuis tot de mogelijkheden, maar uit het onderzoek is tevens naar voren gekomen dat de uitvoering van blaaskatheterisatie thuis vaak niet vlekkeloos verloopt. Verschillende knelpunten zijn opgetekend uit de interviews en onderschreven door de deelnemers aan de invitational conference. Deze knelpunten bemoeilijken de uitvoering van blaaskatheterisatie thuis en maken dit soms onmogelijk.

De knelpunten kunnen in de volgende groepen ingedeeld worden:

vakinhoudelijke knelpunten:

- consensus ten aanzien van blaaskatheterisatie thuis
- deskundigheid van zorgverleners

organisatorische knelpunten

- organisatie van zorg
- continuïteit van zorg en communicatie

knelpunten met betrekking tot financiering

- vergoeding materialen
- vergoeding zorgverlening thuis

Voor een specifieke uitwerking van deze groepen knelpunten wordt verwezen naar hoofdstuk 4 van dit rapport.

Met betrekking tot de deskundigheid (t.a.v. materiaalkennis en uitvoering) geldt dat hier beperkingen bij de thuiszorg gesignaleerd zijn. Enerzijds door gebrekkige of verouderde kennis/scholing, anderzijds door gebrek aan ervaring met name als gevolg van de lage aantallen patiënten (mede hierdoor is het vertrouwen van ziekenhuizen en patiënten in de thuiszorg niet altijd voldoende). Gebrekkige ervaring speelt ook bij de huisarts. Kennis over materialen is in het algemeen beperkt bij zorgverleners. Samen met een gebrek aan consensus over technische aspecten van katheteriseren leidt dit tot verschillende werkwijzen en daardoor vaak tot problemen in de continuïteit van zorg. Dit komt ook tot uiting in de protocollen die vaak specifiek voor één situatie (bijvoorbeeld polikliniek) zijn beschreven.

De rol en status van de medisch speciaalzaken is niet altijd even duidelijk (met name naar de thuiszorg toe en qua vergoeding).

De rol van zorgverzekeraars werkt in sommige gevallen beperkend, met name waar het beschikbaarheid van materialen betreft, dit heeft invloed op de continuïteit van de zorg.

5.4 Bevorderende factoren

Gegeven de knelpunten en beperkingen zijn er binnen en tussen verschillende organisaties ook initiatieven en oplossingen bedacht om deze op te lossen. Verschillende initiatieven worden uitgevoerd. Onderstaand overzicht geeft hier een (niet volledige) beeld van:

1. Er zijn (regionale) initiatieven gesignaleerd om tot consensus te komen tussen verschillende beroepsgroepen en zorgpartijen over de manier van katheteriseren
2. Medisch speciaalzaken zijn in het gat gesprongen dat de thuiszorg door capaciteitsproblemen (kwalitatief en kwantitatief) heeft laten vallen. In het door ons geconstateerde geval werkt dit tot volle tevredenheid van betrokken partijen
3. Een andere wijze waarop een tekort bij de thuiszorg is op te vangen is door het (relatief) lage aantal katheterisaties door een selecte groep (wijk)verpleegkundigen te laten uitvoeren, bijvoorbeeld door het specialistisch team. Hierdoor blijft ervaring en deskundigheid op peil
4. Integratie en specialisatie van verschillende taken, zoals gesignaleerd bij de medisch speciaalzaken (leverancier en uitvoerder) versterkt de continuïteit van zorg
5. Formalisering rol huisarts
6. Regionale afspraken tussen zorgverzekeraar en zorginstellingen over gewenste pakket samenstelling

5.5 Oplossingsrichtingen

Om de beschreven groepen knelpunten op te lossen zijn mee op basis van de invitational conference oplossingsrichtingen opgesteld. De oplossingsrichtingen zijn vertaald naar doelgroep en instrument. De onderstaande tabel gaat hier op in.

Tabel 5.1 Overzicht knelpunten en oplossingsrichtingen

Knelpunt	Oplossingsrichting	Doelgroep/actoren	Instrument
Vakinhoudelijke knelpunten			
Gebrek aan consensus ten aanzien van blaaskatheterisatie thuis	Bereiken consensus over blaaskatheterisatie (techniek, materiaal, indicatie etc.)	Beroepsgroepen (specialisten, huisartsen, verpleegkundigen etc.)	Consensusbijeenkomsten, Richtlijnontwikkeling
Beperkte deskundigheid van zorgverleners	Deskundigheidsbevordering	Wijkverpleegkundigen thuiszorg Huisartsen	Protocollering (Scholing en training)
Gebrekkige voorlichting	Standaard schriftelijk materiaal	Zorgverleners Patiënten	Ontwikkeling brochures
Organisatorische knelpunten			
Beperkte ervaring verpleegkundigen	Specialisatie	Zorginstellingen	(aanpassing) Wetgeving
Onduidelijkheid verantwoordelijkheden/ Rol huisarts	Inventarisatie verantwoordelijkheden	VWS	
Beperkte capaciteit thuiszorg	Intern: organisatorische oplossingen, efficiency verbeteringen, Specialisatie Extern: aanvullen andere zorginstellingen	Thuiszorginstellingen Medisch speciaalzaak	
Gebrekkige organisatie van zorg	Afstemming intra-extramuraal	Zorginstellingen	Regionaal/landelijk overleg
Gebrekkige continuïteit van zorg en communicatie	Eenduidige werkwijze	Zorginstellingen/landelijk	Richtlijnontwikkeling Instrumentontwikkeling
Knelpunten met betrekking tot financiering			
Beperkte vergoeding materialen	Afspraken	Zorgverzekeraars en zorginstellingen lokaal VWS-ZN-CVZ	overleg met (koepels van) zorgverzekeraars
Vergoeding zorgverlening thuis	Afspraken	Zorgverzekeraars en zorginstellingen lokaal VWS-ZN-CVZ	overleg met (koepels van) zorgverzekeraars

Op basis van bovenstaande oplossingsrichtingen is een vertaalslag gemaakt naar concrete acties waar aan gedacht kan worden om deze te verwezenlijken:

1. ontwikkelen van een richtlijn voor blaaskatheterisatie thuis

Het ontbreken van consensus met betrekking tot de uitvoering van blaaskatheterisatie werd door de invitational conference als mogelijk het grootste knelpunt beschouwt. De meningen zijn onder meer verdeeld over belangrijke onderwerpen als:

- indicaties voor katheterisatie thuis
- welke soort katheter moet in welke situatie worden toegepast
- de maximale verblijfsduur per soort katheter en per situatie en de criteria voor het verwisselen van een katheter
- specifieke hygiëne richtlijnen voor blaaskatheteriseren thuis

Het ontwikkelen van een eenduidige richtlijn en verkrijgen van een consensus over belangrijke zaken kan een oplossing bieden voor bestaande onduidelijkheid.

2. Ontwikkelen van instrumenten die de uitvoering van katheteriseren thuis kunnen faciliteren

Gesignaleerd is een behoefte aan protocollen en andere instrumenten ter ondersteuning van de uitvoering van blaaskatheterisatie in de thuissituatie. Deze behoefte wordt onderschreven door de deelnemers aan de invitational conference.

Het verdient aanbeveling om in het verlengde van de te ontwikkelen richtlijn instrumenten beschikbaar te stellen die invoering ervan kunnen ondersteunen.

Gedacht kan worden aan de volgende instrumenten:

- model procesbeschrijving voor het organiseren van blaaskatheterisatie thuis
- protocollen
- geprotocolleerde werkinstructies voor het katheteriseren bij mannen, bij vrouwen en voor suprapubisch katheteriseren;
- model recepten;
- model materiaallijst
- model uitvoeringsverzoek;
- schriftelijk informatiemateriaal voor patiënt/mantelzorg.

Her en der in Nederland zijn dergelijke instrumenten ontwikkeld en in gebruik. Deze materialen kunnen als basis dienen voor het ontwikkelen van modellen voor instrumenten die, na regionale of lokale invulling, overal in Nederland toegepast kunnen worden.

3. Deskundigheidsbevordering

De te ontwikkelen richtlijnen zullen moeten leiden tot aanpassing van bestaande opleidings- en deskundigheidsbevorderingprogramma's en materialen voor deskundigheidsbevordering.

4. Overleg tussen verschillende zorgpartijen

Gebrekkige samenwerking tussen zorgpartijen staat continuïteit van zorg in de weg. Regionaal overleg tussen verschillende zorgpartijen kan leiden tot betere afstemming van zorg. Hierbij moet gedacht worden aan:

- specialisten
- huisartsen
- thuiszorg
- apotheker
- medisch speciaalzaak

- zorgverzekeraar

Om de gesignaleerde financiële knelpunten weg te nemen is overleg aangewezen met:

- College voor zorgverzekeringen
- Ministerie van VWS
- landelijke koepels van zorgverzekeraars
- landelijke en regionale zorgverzekeraars.

5. Ontwikkelen en uitvoeren van een implementatieplan voor blaaskatheterisatie thuis

Het beschikbaar komen van een richtlijn 'Blaaskatheterisatie thuis' en instrumenten om uitvoering van katheterisatie thuis te ondersteunen, biedt geen garantie voor daadwerkelijk invoeren van katheterisatie thuis overal in Nederland.

Het verdient aanbeveling om een implementatietraject te volgen:

- opstellen implementatieplan
- uitwerken implementatieplan
- disseminatie resultaten: als onderdeel van het implementatieplan zal aandacht besteed moeten worden aan het verspreiden van de te ontwikkelen richtlijn en instrumenten.

A Literatuur

BEIJAERT RPH, HIEMSTRA Y, HOOGVLIET G, et al. Thuiszorg technologie. Utrecht. Nederlands Huisartsen Genootschap.1993; p28:

BIERMANS M, DEKKER J, BARTELDIS A, et al. Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts. Utrecht. Nivel.2000;

BURMAN LG, FRYKLUND B, NYSTROM B. Use of indwelling urinary tract catheters in Swedish hospitals. Infect control 1987; 8:(12):507-11.

COOLS HJM, MEER JWMvd. Restriction of Long-term indwelling Urethral catheterisation in the Elderly. Br J Urol 1986; 58:683-8.

FANTL JA, NEWMAN DK, COLLING J, et al. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Clinical practice guideline No. 2. Rockville, MD. U.S. Department of health and human services. Public health service, agency for health care policy and research.1996; 96-0682: Clinical guidelines.

FIERS S. Management of the long-term indwelling catheter in the home-setting. J Wound Ostomy Continence Nurs 1995; 22:(3):140-4.

GETLIFFE KA, MULHALL AB. The encrustation of indwelling catheters. Br J Urol 1991; 67:(4):337-41.

JEPSEN OB, OLESEN LARSEN S, DANKERT J, et al. Urinary-tract infection and bacteraemia in hospitalized medical patients- a European multicentre prevalence survey on nosomial infection. Journal Of Hospital Infection 1982; 3:241-52.

KOHLER-OCKMORE J. Catheter concerns. nursing times 1993; 89:(2):34-6.

RASKER FMT. Indicaties voor blaaskatheterisatie en uitvoering. The practitioner 1989; december 14:1-7.

SFT. Thuiszorg; studentenuitgaave. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.19 A.D.;

VWS. Regeling Hulpmiddelen 1996. Staatscourant , 1995; 229:8-14.

WARREN JW, STEINBERG L, HEBEL R, et al. The prevalence of Urethral Catheterization in Maryland Nursing homes. Arch intern med 1989; 149:1535-7.

WEBER EM, MCDOWELL BJ, ENGBERG S, et al. Protocol for indwelling bladder catheter removal in the homebound older adult. Home healthcare nurse 1998; 16:(9):603-11.

ZIMAKOFF J, STICKLER DJ, PONTOPPIDAN B, et al. Bladder management and urinary tract infections in Danish hospitals, Nursing homes and Home care: a national prevalence study. Infection control and hospital epidemiology 1996; 17:(4):215-21.

ZIMAKOFF J, PONTOPPIDAN B, LARSEN SO, et al. Management of urinary bladder function in Danish hospitals, Nursing homes, and Care. *Journal Of Hospital Infection* 1993; 24:183-99.

B Sociale kaart

Aan de hand van bovenstaande informatie is een sociale kaart gemaakt met relevante partijen die een rol spelen bij de verschillende aspecten van blaaskatheterisatie in de thuissituatie. Hierbij is zowel gekeken op macro, meso als micro niveau. Voor de interviews (beschreven in hoofdstuk 4) zijn vooral actoren gekozen op micro niveau. Voor de invitational conference (beschreven in hoofdstuk 5) zijn vooral actoren op meso niveau uitgenodigd.

Tabel : Sociale kaart: blaaskatheterisatie in de thuissituatie in Nederland

Niveau	Organisatie	Adres	Contactpersoon
Macro	VWS	Afdeling hulpmiddelen	Hoofd
	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	Postbus 396 1180 BD Amsterdam	Hulpmiddelen kompas
	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Postbus 520 3700 AM Zeist	
Meso	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)	Postbus 100 3980 CC Bunnik	
	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Postbus 3231 3502 GE Utrecht	
	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Postbus 20056 3502 LB Utrecht	
	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)	Postbus 30460 2500 GL Den Haag	
	Beroepsvereniging voor obstetrische gynaecologische verpleegkundigen (B*O*G)	Kleverpark 59rood 2023 CB Haarlem	Dhr. H. van Scheijen
	Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW)	p/a LCVV Postbus 3135 3502 GC Utrecht	Mw. E.M.P. Waalewijn Mw. M. de Bont
	Uroned	Slingerland Ziekenhuis Kruisbergseweg 25 7009 BL Doetichem	Dhr. R. Ketelaar
	Vereniging Nederlandse Incontinentie Verpleegkundigen (VNIV)	p/a Achterloseweg 33 6604 KC Wychen	Mw. H. Cobussen- Broekhorst

Niveau	Organisatie	Adres	Contactpersoon
Micro	<u>Patiënten:</u>		
	- Incontinentie		
	ISIS (opgeheven)		
	Stichting Bekkenbodem Patiënten (SBP)	Postbus 10032 3004 AA Rotterdam	
	- MS		
	Multiple Sclerose Vereniging Nederland (MSVN)	Postbus 30470 2500 GL Den Haag	
	- Prostaat		
	Patiëntenvereniging voor mannen met Prostaat- en Plasproblemen (P.P.P) (opgeheven)	Beukenlaan 7 9686 VC BEERTA	
	<u>Fabrikanten/importeurs:</u>		
	- Coloplast (Conveen)	Softwareweg 1 3821 BN Amersfoort	
	- Medeco B.V. (Curion)	Postbus 1555 3260 BB Oud-Beijerland Nieuwegein	
	- Bard		
	- Rush		
	<u>Apotheken</u>		
	Stichting Facilitaire Thuiszorg Leiden		Ankie Visser
	Facilitaire Farmaceutische Instelling		Rene Scheurink
	<u>Ziekenhuizen/poliklinieken urologie</u>		
	LUMC		J. Mayr/R. Pelger
	Rijnland	Leiden Leiderdorp	L. De Geus
	Medisch Speciaalzaken		
	Mathot	Haarlem	M. van Mil
	Huisartsen (regio's)		
	<u>Thuiszorginstellingen</u>		
	Schiedam		M. Mons
	Leiden		W. Nijhoff
	Den Haag		M. Kluyver

C Overzicht knelpunten Invitational conference

Vakinhoudelijk

Er is een beperkte materiaal kennis aanwezig bij de meeste partijen wat tot verkeerd gebruik leidt:

- b.v. te vaak gebruik van een Tiemann punt bij mannen (slechts geïndiceerd bij prostaatklaachten) omdat dit voor de zorgverlener makkelijker inbrengen is (komt met name bij huisartsen voor), te vaak spoelen met Solutio R (terwijl dit door de fabrikant wordt afgeraden)
- discrepantie tussen advies fabrikant en praktijk zorgverlener
- te vaak nog gebruik latex katheters
- ontbreken consensus wel/niet gecoat
- maximale verblijfsduur vaak overschreden
- te grote charrières gebruikt om lekken te voorkomen

Er heerst een personeelsprobleem bij de thuiszorg dat zich kenmerkt in:

- te weinig kennis bij verpleegkundigen
- technische beperktheid (m.n. suprapubisch)

Teveel katheterisaties vinden nog plaats op de polikliniek

- ‘opname’ om het patiënten te leren
- te weinig expertise thuiszorg
- wens van de patiënt (veilig, ‘dagje uit’)
- wens ziekenhuis (controle over zorg, weinig vertrouwen thuiszorg)
- noodkatheterisaties door uitvallen katheter (bij suprapubische katheters zo snel mogelijk opnieuw ingebracht voordat de ingang zich sluit)
- verkeerde katheterisatie thuiszorg
- eigen bijdrage patiënt

Een deel van de complicaties die optreden zijn onvermijdelijk echter een deel (volgens sommigen de helft) is het gevolg van slechte zorg en dus te voorkomen:

- goedkoop latex gebruikt
- Tiemann punt gebruikt
- Slechte steriliteit
- Te weinig ervaring
- Te grote charrières
- Technische beperkingen

Voorlichting

Er wordt te weinig voorlichting gegeven aan patiënten. Over elke zorgverlener wordt dit gerapporteerd. Soms het gevolg van het feit dat de betreffende zorgverlener zelf ook te weinig kennis heeft. Soms wordt te beperkte informatie gegeven (bijvoorbeeld niet specifiek over de thuissituatie)

Organisatorisch

De keuze van het juiste materiaal voor de individuele patiënt wordt beperkt door:

- apotheek (beperkt assortiment aanwezig, weinig kennis over materiaal aanwezig, geven weinig voorlichting en indien wel dan voornamelijk de informatie van de fabrikant)
- zorgverzekeraar (standaard pakket wat vaak beperkt is en waar maar moeilijk van afgeweken kan worden, bijvoorbeeld voor het verkrijgen van lossen of aanvullende hulpmiddelen)
- ziekenhuis/instellingen (hebben vaak een instellingsgebonden keuze die ook in de thuissituatie wordt geadviseerd, vaak niet herzien of geëvalueerd)

Er heerst een personeelsprobleem bij de thuiszorg dat zich kenmerkt in:

- personeelstekort
- gebrek aan ervaring met katheriseren

Teveel katheterisaties vinden nog plaats op de polikliniek door:

- 1 beperkte capaciteit thuiszorg
- 2 medisch speciaalzaak opereert slechts tijdens kantooruren

Continuïteit van zorg komt op verschillende manieren in gevaar. Een bijzonder aspect is de beperkte communicatie/contacten/vertrouwen tussen de diverse zorgpartijen (zie verder) andere problemen zijn:

- verschillende manier van werken van verschillende thuiszorgorganisaties
- geen consensus over diverse aspecten (blaasspoelen, verblijfsduur, punt etc.)
- beperkte kennis materiaal bij apotheek
- teveel katheterisaties op de polikliniek
- huisarts voert nauwelijks katherisaties uit en weet er te weinig van af
- geen standaard voorraad mogelijk bij patiënt of zorgverlener (thuiszorg)
- standaard pakket samenstelling onvolledig

De samenwerking tussen de verschillende partijen gaat het niet altijd even goed. Over het algemeen geldt dat er nauwelijks animo of initiatieven zijn om op regionaal niveau afspraken te maken. Verder zijn er nog specifieke problemen met:

- discrepantie advies fabrikant en praktijk zorgverleners
- arts vermeld te weinig op recept voor apotheek voor juiste keuze materiaal
- slechte communicatie tussen eerste en tweede lijn
- instellingsgebonden keuze merk katheter beperkt keuze apotheek in materiaal
- noodrecepten wijkverpleegkundige zonder inschakelen huisarts
- gebrekkig contact/samenwerking ziekenhuis-thuiszorg
- ziekenhuis werkt niet graag met apotheek (te beperkt assortiment, kennis en eigen bijdrage patiënt) en liever met medisch speciaalzaken
- onduidelijkheid verantwoordelijkheid tussen huisarts en specialist over zorg patiënt als deze thuis zit
- keuze wijkverpleegkundige materiaal beperkt door assortiment apotheek

Financieel

Vergoeding

Door het systeem van vergoedingen worden een aantal beperkingen veroorzaakt voor de zorgverlening:

- geen voorraad thuis aan te leggen of bij thuiszorg
- slechts standaardpakket qua inhoud (beperkte keuze)
- moeilijk om losse onderdelen te krijgen
- eigen bijdrage thuiszorg
- sommige gevallen alleen bij apotheek vergoed (en niet bij medische speciaalzaken)

Kosten

Latex katheters zijn zo'n 5 tot 6 maal goedkoper maar van inferieure kwaliteit. Met name in instellingen wordt nogal eens vanwege kostenbesparing gekozen voor dit soort katheters. Bij apotheken wordt bij het ontbreken van een ander type op het recept standaard een latex katheter meegegeven. Hierdoor kan het gebruik van dit type katheter oplopen tot 50%.

D Deelnemerslijst Invitational Conference

Een concept rapportage is voorgelegd aan verschillende deskundigen in een invitational conference. De deelnemers aan deze conferentie is gevraagd hun oordeel te geven over de concept rapportage. Hen werd met name gevraagd om de praktijkschets en de beschreven knelpunten te leggen naast hun eigen ervaringen.

De invitational conference heeft geleid tot verschillende verbeteringen en wijzigingen in- en aanvullingen op de concept rapportage en de inventarisatie van de knelpunten.

De invitational conference is bijgewoond door:

Deelnemer	Bedrijf/organisatie
Mw. T. Britstra	Aposervice
Mw. L. de Geus*	Rijnland Ziekenhuis
Mw. P.C. Hoogendoorn	Coloplast
Mw. R.M. Jeekel	Bard Benelux N.V.
Mw. drs. A. Link	CVZ
Dhr. Prof. Dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt	LUMC
Mw. J. Mayr	LUMC
Dhr. P. Philips	ICP
Mw. drs. J. Pleiter	CVZ
Dhr. E.C.P.M. Tak	TNO PG
Mw. drs. A.B.W.M. Quak*	TNO PG
Dhr. E.S. Bosma*	KITZ
Dhr. J. Thie	KITZ
Mw. M. Spithoven	KITZ

* verhinderd