

Rapportage knelpunteninventarisatie

Overzicht ontvangen reacties schriftelijke knelpunten analyse richtlijn Blaaskatheterisatie

Datum: 15 juni - 1 september 2022 - laatst nagestuurde reactie op 12 september 2022.

Genodigde partijen: wetenschappelijke verenigingen aangesloten bij FMS, IGJ, NFU, NHG, NVZ, PFNL, STZ, NAPA, ZiNL, ZKN, ZN, VHIG, GGD GHOR, RIVM, V&VN, Verenso, NVAVG, Actiz, ZorgthuisNL, VGN, NCVB, NVvA, VDSMH, SVN, VCCN, VSR schoonmaak.

Toelichting doel schriftelijk knelpuntenanalyse

Het doel is om te inventariseren welke knelpunten en aandachtspunten men ervaart rondom de te ontwikkelen module onderwerpen. Bovengenoemde partijen zijn schriftelijk verzocht om knel- of aandachtspunten aan te dragen.

Wij willen iedereen hartelijk danken voor de reacties en waardevolle input.

Van de volgende partijen is een reactie ontvangen: NCvB, NOG, NOV, NVA, NVAB, NVALT, NVDV, NVKF, NVKNO, NVMM, NVNG, NVOG, NVPC, NVR, NVRO, NVVC, NVVN, NVvR, NVU, VRA, NVZ, PFNL, VCCN, VDSMH, Verenso, VHIG, VKGN, VSG, ZiNL en ZN. Tevens is op persoonlijke titel een opmerking binnengekomen van mevr. M. Faes, lid van de NVKG en namens de NVKG geparticipeerd in de ontwikkeling van de richtlijn urineweginfectie van de NVU.

Ook is er afstemming gezocht met SKILZ. Zij hebben een knelpunteninventarisatie uitgevoerd voor de SRI-richtlijn [Opvang en afvoer van urine en feces](#). Opvang via een urinekatheter was hiervan een onderdeel. De knelpunten die hierbij zijn genoemd, staan ook beschreven in dit verslag en worden meegenomen door de werkgroep SRI richtlijn blaaskatheterisatie.

Vervolgprocedure

In dit verslag treft u het overzicht van de ontvangen input op de schriftelijke knelpunten analyse. Daar waar relevant heeft de werkgroep een korte reactie geformuleerd. Dit verslag zal met de genodigden worden gedeeld. De werkgroep zal alle besproken input verder bespreken en waar mogelijk verwerken in het raamwerk en richtlijn. Waar nodig wordt een prioritering gemaakt (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar). Het raamwerk voor de richtlijn wordt vervolgens vastgesteld.

Als de conceptrichtlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn.

Zijn er wat u betreft aandachtspunten en/of knelpunten (max. 3) welke nog niet zijn geadresseerd in het concept raamwerk? Denk hierbij ook aan het aandachtspunt voor het patiëntenperspectief.

Nummer	Organisatie	Knelpunt	Reactie werkgroep
1	Nederlandse Vereniging voor Orthopedie (NOV)	Welke maatregelen (inclusief timing) genomen moeten worden bij verwijderen van een katheter en waar dient op gelet te worden (preventief op UTI).	Bij de uitgangsvraag over indicatie wordt ook de timing waarop een katheter verwijderd moet worden meegenomen voor operatiepatiënten. Het moment van de dag waarop een katheter verwijderd moet worden lijkt meer te maken te hebben met de logistiek van de zorg, en wordt daarmee buiten beschouwing gelaten. Voor de aanbeveling over het voorschrijven van antibioticaprofylaxe bij het verwijderen van de katheter wordt verwezen naar de NVU-richtlijn Urineweginfecties (UWI) bij volwassenen.
2	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	De richtlijn/kwaliteitsdocument dient organisatorisch, juridisch én financieel uitvoerbaar te zijn. Voor de verschillende soorten organisaties voor medisch specialistische zorg: algemene, categorale en topklinische ziekenhuizen en voor revalidatie-instellingen. Zonder ingrijpende consequenties op deze gebieden.	Op basis van het definitieve raamwerk met uitgangsvragen, zoekvragen en PICO's bepaalt de werkgroep of de richtlijn organisatorisch, juridisch en financieel uitvoerbaar is voor de verschillende organisaties. De werkgroep geeft hierbij aan of er ingrijpende consequenties verwacht worden op deze gebieden ten opzichte van de huidige situatie.

3	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	In de samenvatting van de richtlijn/kwaliteitsdocument dient het onderdeel organisatie van zorg terug te komen. Het is daarbij van belang om inzicht te geven in het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie. Met als doel de impact van de aanbevelingen op organisatorische, juridische en financiële aspecten te kunnen beoordelen. Een implementatieplan met inzicht in de financiële, juridische en organisatorische consequenties is noodzakelijk om de impact van de aanbevelingen te beoordelen. Bij eventuele consequenties en/of knelpunten op het gebied van implementatie en naleving van de richtlijn/kwaliteitsdocument dienen aspecten zoals kosten, veranderde inzet van FTE, IT-zaken of anderszins concreet te worden uitgewerkt.	Organisatie van zorg is onderdeel van de richtlijn waarin inzicht wordt gegeven in eventuele verschillen tussen de huidige en nieuwe situatie. Een implementatieplan is onderdeel van de richtlijn waarin inzicht wordt gegeven in de financiële, juridische en organisatie consequenties.
4	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Ook dient de governance-afspraken 2019 (FMS/NFU/NVZ) te worden nagegaan om te beoordelen in welke categorie van haalbaarheid voor de uitvoering van de richtlijn/kwaliteitsdocument in de praktijk valt: categorie 1 (geen impact), 2 (twijfel) of 3 (grote impact). Afhankelijk van de categorie dient eventueel een BIA te worden uitgevoerd. Met als doel dat alle soorten organisaties voor medisch specialistische zorg de richtlijn uiteindelijk kunnen uitvoeren in de praktijk, zodra daar toezicht op wordt gehouden. Ook dient de richtlijn/kwaliteitsdocument rekening te houden met het verminderen van regeldruk/administratieve lasten, met de evaluatie van de huidige zorg en eventuele aangrenzende richtlijnen/kwaliteitsdocumenten.	De governance-afspraken 2019 wordt nagegaan waarbij deze richtlijn in een categorie wordt ingedeeld. Indien van toepassing wordt een BIA uitgevoerd. De richtlijn houdt rekening met het verminderen van regeldruk/administratieve lasten, de evaluatie van de huidige zorg en eventueel aangrenzende richtlijnen/kwaliteitsdocumenten.

5	Verenso	1. Complicaties (met name bij langdurig gebruik) zoals verstopping en bloedverlies, en hoe dan te handelen. 2. Wanneer verwijderen tijdelijke verblijfskatheter en noodzaak tot blaastraining vooraf. 3. Hematurie: stapsgewijze adviezen voor blaasspoelingen (zakje, 'op de hand' met 50cc-spuit, overgang op spoelkatheter met nachtelijke spoeling via NaCl-zak	Ad 1. Deze onderwerpen vallen buiten de scope van deze richtlijn over infectiepreventie. Ad 2. De timing waarop een katheter verwijderd moet worden, wordt meegenomen bij de uitgangsvraag over indicatie. Het onderwerp blaastraining valt buiten de scope van deze richtlijn over infectiepreventie. Ad 3. Stapsgewijze adviezen op welke wijze een blaas gespoeld moet worden dienen omschreven te worden in verpleegtechnische protocollen en vormen geen onderdeel van de richtlijn. In de NVU-richtlijn Urineweginfecties (UWI) bij volwassenen wordt een aanbeveling gedaan over de plaats van blaasspoelingen als profylaxe bij recidiverende urineweginfecties.
6	Verenso	1. Differentiaal(zelf-)diagnostiek tussen traumatische versus allergische versus bacteriële urethritis. 2. Evidence/vergelijking met suprapubische optie: advies hierover in samenwerking met urologie? 3. Advies over ontwennen van CAD middels bladderscanprotocol: wens tot standaardtabel met mogelijkheid individuele nuances.	Ad 1. Dit onderwerp valt buiten de scope van deze richtlijn over infectiepreventiemaatregelen. Ad 2. In de module bij uitgangsvraag over de indicatie wordt door de werkgroep ingegaan op de suprapubische katheter als alternatief voor de urethrale katheter op basis van bestaande kennis en inzichten met verwijzing naar relevante literatuur. De NVU is afgevaardigd in de werkgroep. Ad 3. Dit onderwerp valt buiten de scope van deze richtlijn over infectiepreventiemaatregelen.
7	Verenso	1. Gebruikers van recidiverende zelfkatheterisatie. 2. Gebruik van katheters die wel in ziekenhuis, maar minder in langdurige zorg worden gebruikt (denk aan Drieweg en Tiemann). 3. Bacteriurie bij katheter in situ is niet UWI.	Ad 1. Deze richtlijn richt zich op aspecten over blaaskatheterisatie door zorgprofessionals en zelfkatheterisatie valt daarmee buiten de scope van de richtlijn. Ad 2. De richtlijn richt zich op de algemene uitgangspunten. De keuze voor een bepaald type katheter valt buiten de scope van de richtlijn over infectiepreventie. In de richtlijn wordt wel

			ingegaan op voorkeuren voor materialen van katheters vanuit het oogpunt van infectiepreventie. Ad 3. De termen urineweginfectie en bacteriurie komen in de richtlijn aan bod bij het onderdeel achtergrond en definities.
8	Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)	1. Benoem bij de indicatiestelling duidelijk dat periodiek (dagelijks?) de indicatie geëvalueerd moet worden. 2. Ook alternatieven beschrijven om plaatsing katheter te voorkomen	Ad 1. De evaluatie van de indicatiestelling voor een blaaskatheter wordt in de richtlijn meegenomen. Ad 2. Alternatieven voor een transurethrale katheter worden meegenomen in de module over indicatie.
9	Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)	1. Benoem bij UV 2 en 5 wat de beste opties zijn, hierbij spelen financiën een rol, dit mag niet leidend zijn, het voorkomen van een UWI moet leidend zijn. 2. Vooral onderbouwing hoe om te gaan met nacht/beenzakken wordt gemist. 3. Alternatief voor blaaskatheter is nu een supra pubis indien katheter langer dan 48 uur in situ is, blijft dit zo? 4. Kunnen er eisen omschreven worden voor de opvangzakken? Keuze tussen been/nacht/urimeter et cetera.	Ad 1. De aanbevelingen die gaan volgen op de betreffende uitgangsvragen zijn gebaseerd op conclusies uit de literatuur en overwegingen. Bij de overwegingen speelt ook het kostenaspect een rol. Ad 2. Bij UV 5 gaat het om de optimale werkwijze voor het gebruik van katheternachtzakken. Hierbij wordt ook het doorkoppelen van de nachtzak aan de beenzak(dagzak) meegenomen bij de uitwerking. Ad 3. De WIP beval suprapubische katheter aan bij een katheterisatieduur van meer dan 48 uur. Dit lijkt niet de praktijk te zijn. Gebruik van suprapubische katheter zal worden beschreven in de module over de indicatie – de werkgroep zal zich buigen over herformulering van deze aanbeveling. Ad 4. De eisen waar opvangzakken aan moeten voldoen valt buiten de scope van de richtlijn over infectiepreventie. Het aan- en afkoppelen van zakken en de nachtzakken worden wel

			meegenomen in de richtlijn. De keuze voor een urimeter wordt bepaald door de kliniek.
10	Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)	1. Maatregelen bij inbrengen duidelijk beschrijven, ook voor eenmalige katheterisatie, thuis katheterisatie door mensen zelf, verschil klinische of thuisomgeving. 2. Plus duidelijke onderbouwing keuze middelen zoals bijvoorbeeld glijmiddel al dan niet met verdovende werking.	Ad 1. Maatregelen bij het inbrengen komen aan bod in de richtlijn. Intermitterende katheterisatie (eenmalige) katheterisatie wordt als alternatief meegenomen bij de uitgangsvraag over indicatie. Thuis katheterisatie valt buiten de scope van de richtlijn omdat de richtlijn zich richt op aspecten van blaaskatheterisatie door zorgprofessionals. Ad 2. Dit onderwerp valt buiten de scope van de richtlijn over infectiepreventie.
11	Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)	1. Het is voor de patiënt niet altijd duidelijk wanneer er een katheter moet worden ingebracht en tot wanneer deze gebruikt dient te worden en welke alternatieven er zijn. Communicatie is een oplossing, maar denk ook aan de duidelijke distributie van de indicaties en alternatieven. 2. Aanvullende vraag wat is de inschatting van het oneigenlijk gebruik van katheters?	Ad 1. In de module over indicatie wordt beschreven wanneer een katheter moet worden ingebracht en worden ook alternatieven benoemd. Bij het beschrijven van de waarden en voorkeuren van patiënten - als vast onderdeel bij de overwegingen - krijgen beide onderwerpen ook een plek. PFNL is lid van de werkgroep en kan in samenwerking met de andere werkgroepleden actief bijdragen aan dit onderdeel. Ad 2. Er wordt bij het opstellen van deze richtlijn geen literatuuronderzoek gedaan naar het vóórkomen van oneigenlijk gebruik van katheters. In de richtlijn komt wel het

			periodiek beoordelen van de indicatie voor een transurethrale katheter bij een patiënt aan bod.
12	Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)	Er is niet een duidelijk samen beslismoment over de keuze van de manier van inbrengen en het moment van inbrengen van het katheter: het tijdstip en manier van inbrengen van een katheter (bijvoorbeeld tijdens operatie onder narcose).	Bij het beschrijven van de waarden en voorkeuren van de patiënt - als vast onderdeel bij de overwegingen - is er ruimte om in te gaan op het beslismoment voor de manier en het moment van inbrengen van de katheter. PFNL is lid van de werkgroep en kan in samenwerking met de andere werkgroepleden actief bijdragen aan dit onderdeel.
13	Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)	1. UV3/4 Veel patiënten weten niet waar zij zelf invloed op hebben en wat zij daaraan kunnen doen. Ook ervaren patiënten onzekerheid bij het gebruik over wanneer aan de bel te trekken. Samen beslissen d.m.v. van goede informatie – die de patiënt ook na later kan herlezen is een oplossing. Knelpunt 4: Wanneer prevaleert de het ongemak van een katheter voor de patiënt boven de indicatiestelling bij een eventueel blaasontsteking. En op welk moment kan dit worden besproken met de patiënt via samen beslissen. 2. UV5 Gelden er thuis andere indicatoren?	Ad 1. PFNL is lid van de werkgroep. Mogelijkheden voor communicatie aan patiënten bespreken tijdens de werkgroepvergaderingen (inbrengen en de dagelijkse verzorging van een transurethrale katheter, nadelige effecten van een katheter, samen beslissen). Ad 2. De richtlijn is van toepassing op de medisch-specialistische zorg, de langdurige zorg en de publieke gezondheidszorg. Indien relevant worden domeinspecifieke aanbevelingen geformuleerd.
14	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)	Indicatie catheterwissel in afwezigheid verdenking UWI? (Bijvoorbeeld kolonisatie Candida spp. Veelgestelde vraag vanuit kliniek namelijk).	Er zal een module uitgewerkt worden over de timing van een catheterwissel bij langdurige katheterisatie.

15	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Bij alle keuzes waarbij medisch gezien een procedure of product 'nagenoeg gelijkwaardig' is bij de aanbeveling duidelijk rekening houden met wat de duurzaamste optie is.	Duurzaamheid en hergebruik van materialen komt – als vast onderdeel bij de overwegingen – aan bod.
16	Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)	Is er bewijs voor nut van AB profylaxe ten tijde van de wissel van de transurethrale katheter bij die patiënten die at risk zijn voor het ontwikkelen van een CAUTI. Dat zijn patiënten die eerder een CAUTI hebben gekregen in de dagen na een wissel.	In de NVU-richtlijn Urineweginfectie (UWI) bij volwassenen worden aanbevelingen gedaan over antibioticaprofylaxe.
17	Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)	Bij welke patiënten is het gebruik van een flipflow systeem (intermitterende blaaslediging via een 'kraantje') in het kader van recidiverende urineweginfecties af te raden?	De richtlijn richt zich op de algemene uitgangspunten. De keuze voor een bepaald type katheter valt buiten de scope van de richtlijn over infectiepreventie. In de richtlijn wordt wel ingegaan op voorkeuren voor materialen van katheters vanuit het oogpunt van infectiepreventie.
18	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	Hoe te handelen bij verdenking op een urineweginfectie? Wanneer moet bij een verblijfskatheter gesproken worden van een urineweginfectie in tegenstelling tot bacteriurie? Welke factoren moeten in overweging worden genomen om te bepalen wel of niet te gaan behandelen met antibiotica, met name bij kwetsbare patiëntengroepen, waarbij de typische symptomen vaak ontbreken of niet duidelijk kunnen worden aangegeven? Zijn er andere maatregelen die dienen te worden genomen behoudens eventueel starten van antibiotica (bijvoorbeeld katheter op afloop in geval van kraantje, blaasspoelen et cetera) en welk antibioticum bij voorkeur en welke juist niet? Welke profylaxe moet worden gegeven bij de uitvoer van een urodynamisch onderzoek?	Dit onderwerp valt buiten de scope van deze richtlijn over infectiepreventiemaatregelen. In NVU-richtlijn urineweginfecties bij volwassenen is beschreven hoe om te gaan met wel of niet behandelen, en start antibiotica. Bij een 'kraantje' is er meer risico op een urineweginfectie dan bij afloop. Waar mogelijk zal de werkgroep dit opnemen bij de overwegingen.

19	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	wat is een adequate screening (zo die bestaat) voor een carcinoom van de blaas bij langdurig CAD gebruik of CIC?	Dit onderwerp valt niet onder de scope van deze richtlijn over infectiepreventie.
20	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	Hoe om te gaan met recidiverend verstopping van de katheter? De werkgroep gaf aan nog twee knelpunten van even groot belang te achten: Knelpunt vier: wat is de plaats van een kraantje/katheterventiel aan een verblijfskatheter. Heeft dit daadwerkelijk een positieve invloed op de blaascapaciteit tegenover een katheter op afloop? Heeft het een positieve invloed op de kans om uiteindelijk weer spontaan te urineren tegenover een katheter op afloop? Is het beter voor de doorspoeling om tijdens een (systemische) urineweginfectie de katheter op afloop te laten? Knelpunt vijf: hoe moet worden omgegaan met het afnemen van urinekweken rondom het verwijderen van een verblijfskatheter. Is het advies om (een bepaalde tijd) voorafgaand aan het verwijderen een kweek af te nemen, mocht er een systemische urineweginfectie ontstaan? Zo ja, hoe lang moet de verblijfskatheter dan in situ zijn geweest? Hoe moet de kweek worden afgenomen? Moet er na behandeling van een urineweginfectie een urinekweek worden afgenomen om te controleren of er afdoende is behandeld?	Blaasspoelingen vanwege recidiverende UWI met en zonder katheter medicatie staan beschreven in de NVU-richtlijn Urineweginfecties bij volwassenen.

Knelpunten aangedragen bij de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door SKILZ over de SRI-richtlijn Opvang en afvoer van urine en feces op het onderwerp katheters

Aangedragen knelpunten bij de vraag ‘Welke infectiepreventiemaatregelen moeten in acht worden genomen bij het opvangen van urine via een urinekatheter?’ zijn:

- Urinezak in contact met vloer door laagte van het bed. Reactie: dit onderwerp komt aan bod bij de uitgangsvraag over de dagelijkse verzorging van de katheter.
- Frequentie van verwisselen van urineopvangzakken; zorgverzekeraar vergoed minimaal, frequentie van verwisselen in richtlijn is hoger. Reactie: dit onderwerp wordt meegenomen bij de uitgangsvraag over de katheternachtzakken. Ook knelpunt bij dagzakken?
- Uitspoelen van urinezakken (kostenbesparing). Reactie: dit onderwerp wordt meegenomen bij de uitgangsvraag over de katheternachtzakken.
- Doorkoppelen of niet. Reactie: is dit een knelpunt/issue (zie ook hierboven bij punt 9)?
- Nachtzakken: verwisselfrequentie (er zijn zakken van twee liter). Reactie: wordt meegenomen bij de dagelijkse verzorging/katheternachtzakken.
- Duurzaamheid. Reactie: Duurzaamheid en hergebruik van materialen komt – als vast onderdeel bij de overwegingen – aan bod.

Zijn er conceptuitgangsvragen opgenomen in het raamwerk waar u zich niet in kunt vinden?

Nummer	Organisatie	Knelpunt	Reactie
1	Nederlandse Vereniging voor Orthopedie (NOV)	Conceptvraag 1, lijkt me heel goed en zou benadrukt dienen te worden naast de indicatie met een doel en vooruitzicht.	Hartelijk dank voor deze aanvulling. We nemen dit mee. We beschouwen deze input niet als een knelpunt waar u zich niet in kunt vinden maar als een waardevolle opmerking.
2	Vereniging voor Hygiene & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)	Bij UV 2 wordt door meerdere inzenders aangegeven dat siliconenkatheters niet de enige gekozen katheters zijn. Graag onderbouwing en advies wat de beste materiaalkeuze is, ook rekening houdend met patiëntenperspectief zoals comfort.	Hartelijk dank voor deze aanvulling. We nemen andere katheters mee. Bij het formuleren van de aanbevelingen wordt het patiëntenperspectief meegenomen. We beschouwen deze input niet als een knelpunt waar u zich niet in kunt vinden maar als een waardevolle opmerking.
3	Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)	Alle gestelde vragen zijn goed om met de kennis van 2022 beantwoord te worden	We beschouwen deze input niet als een knelpunt waar u zich niet in kunt vinden maar als een waardevolle opmerking.

Welke conceptuitgangsvragen hebben voor u de hoogste prioriteit?

Uit de inventarisatie is de volgende top drie naar voren gekomen van knelpunten/concept uitgangsvragen met de hoogste prioriteit: dagelijkse verzorging katheter (n=5), materiaal katheter (n=2 waarvan 1 in combinatie met patiëntenvoorkeuren) en katheterwissel (n=3).

Door één organisatie werd 'maatregelen inbrengen katheter' als prioriteit genoemd en door één andere organisatie 'katheternachtzakken' en door een indicaties voor het gebruik van een transurethrale katheter.

Welke factoren zouden van invloed kunnen zijn op de implementatie van de richtlijn?

De volgende factoren zijn genoemd:

- UV 1 de dd waarom wordt een katheter geplaatst en wat zal het effect zijn en de beoogde duur?
- Wat zijn de risico's omtrent katheter gebruik, maar ook bij verwijderen op een UWI?
- Hoe verhoudt een UWI zich tot problemen elders in het lichaam (bijvoorbeeld kunstmateriaal)?
- Heldere omschrijving van probleem en stappenplan om het aan te pakken.
- Participatie ouderen inzake diagnostiek/behandelkeuzen met inzet van zelf-/verblijfkatheterisatie. Suggestie: implementatie met handige korte filmpjes en die breed het veld in sturen (hapklaar aanbieden). ook kennis verspreiden onder patiënten zodat zij zelf goed op de hoogte zijn, kan ook helpen in voorkomen van onnodig antibioticagebruik.
- Preventie van korte en lange termijncomplicaties van zelf-/verblijfskatheterisatie (urethrastenose, retentie, delier). Suggestie: bij alles dat door nieuwe inzichten financieel beter uitpakt dat ook helder toelichten --> werkt bevorderend".
- Ontraad verblijfkatheterisatie ter beperking van ongewenst urineverlies binnen alle domeinen;
- Het belang/nut inzien van hygiënisch handelen en de aanspreekcultuur, onvoldoende moed van medewerkers om de indicatiestelling te benoemen tijdens de visites (ook in VVT)
- Registratiemoeheid, er zijn al zoveel aftekenlijsten, onduidelijkheid wat er precies geregistreerd moet worden voor blaaskatheterisatie (bijvoorbeeld ook maat, materiaal et cetera?).
- Onderbouwing van het aantal UWI's dat ontstaat tgv kathetergebruik.
- Monitoren van gebruik versus indicatie urethrakatheter en inzicht in waarom mensen nog steeds deze katheter gebruiken?
- Goede patiënteninformatie die ook voor nalezen beschikbaar is.
- Financiële beperkingen voor de uitvoering, met name voor UV 2 en 5
- Investing in goede voorlichting aan zorgverleners. Mijns inziens zou een best practice-video met tips & tricks voor verpleegkundigen die online gepromoot wordt en blijvend beschikbaar is zeer kunnen bijdragen aan betere implementatie van de richtlijn.
- Tijdsdruk in de zorg, waardoor door zorgpersoneel mogelijk belangrijke maatregelen worden overgeslagen of vergeten en waardoor scholing van nieuwe inzichten vanuit deze richtlijn bemoeilijkt zal worden
- Met name wanneer patiënt zelf de katheter verzorgt en het belang/nut inziet van bepaalde tijdrovende maatregelen.
- Kosten; bijvoorbeeld beschikbaarheid van voldoende nachtzakken et cetera.

Heeft u verder nog suggesties voor de ontwikkeling van de richtlijn?

Nummer	Organisatie	Suggestie
1	Op persoonlijke titel: Miriam Faes, lid van de NVKG, namens de NVKG geparticipeerd in de ontwikkeling van de richtlijn urineweginfectie van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU).	Voor de richtlijn UWI van de NVU hebben we wat betreft de UWI bij CAD gerefereerd aan de SWAB-richtlijn. Het lijkt me goed om in de nieuw te ontwikkelen richtlijn duidelijk wordt beschreven hoe te handelen bij verdenking UWI, wanneer wel/niet behandelen. De tekst van de SWAB deels overnemen.
2	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Wij worden dus graag betrokken bij het vervolg en verzoeken u daarbij -indien van toepassing- een overzicht te verstrekken van de verschillen tussen de huidige en de nieuwe situatie om de impact beter te kunnen inschatten.
3	Verenso	1. Adviezen over duurzame praktijk (welke CAD minste impact, hoe het best te verwerken). 2. Meer opnemen over bacteriurie is geen UWI (veel te winnen, zowel kwalitatief als qua ABR als qua kosten).
4	Verenso	1. Adviezen over seksuele gevolgen van transurethrale katheters, het bespreekbaar maken van. 2. Complicaties (met name op lange termijn) meenemen in de richtlijn (geeft nu nog veel vragen maar moet wel meegenomen worden in besluitvorming).
5	Verenso	1. Adviezen over blaaskrampen als complicatie van de CAD, verwijzing naar geschikte richtlijnen. 2. Wat is mogelijk op zorgplekken (thuis, langdurige zorg, et cetera) en wat is specifiek voor het ziekenhuis?
6	Vereniging voor Hygiene & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)	Verschil thuissituatie, klinische en zorgsituatie beschrijven.
7	Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)	Materiaal: wat is het beste materiaal? Dat moet niet alleen maar klinisch uitgangspunten hebben. Comfort en pijn zijn zaken die meegenomen moet worden voor dit besluit. In hoeverre worden patiënten voorkeuren, milieuaspecten en kosten meegenomen in de keuze voor de juiste kathetervariant.

8	Vereniging Contamination Control Nederland (VCCN)	In hoofdstuk 4 wordt gesproken over een steriel werkveld. Misschien is het verstandig het werkveld te beschrijven. Geldt dit alleen voor de oppervlakte of dient de volledige omgeving steriel te zijn.
9	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Betrekken van specifiek de tak van incontinentieverpleegkundigen van de V&VN.
10	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	1. Mag het ballonnetje ook met leidingwater gevuld worden, in plaats van gebruik plastic ampullen met steriel water? 2. En moeten er steriele handschoenen worden gebruikt? Nu kan het zijn dat er geen steriele handschoenen worden gebruikt 3. En er ook niet vooraf wordt gepoetst.
11	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Is er voorzien in een advies voor eenmalig katheteriseren?
12	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Opmerking behorende bij uitgangsvraag 3 (en wellicht 4): Sinds drie jaar houden wij bij hoeveel patiënten kortdurend (< 1 week) een CAD moeten of CIC moeten toepassen na een prolaps operatie in verband met urineretentie (vaak ontstaan door zwelling van het operatiegebied). Wat ons opvalt is dat bijna alle vrouwen die moeten katheteriseren een blaasontsteking krijgen. Wij zouden graag willen weten of het toch niet zinvol is om profylactisch antibiotica toe te passen bij kortdurende urineretentie waarvoor katheterisatie nodig is (< 1 week). Het gaat hierbij om circa 25% van de aan prolaps geopereerde vrouwen. Valt dit binnen de scope van deze richtlijn?
13	Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)	Leesvaardigheid optimaliseren (eventueel op twee niveaus, medisch en verzorgend?)

Overige opmerkingen

Nummer	Organisatie	Opmerking
1	Zorginstituut Nederland (ZiNL)	Zoals al eerder aangegeven blijven we graag op de hoogte van het werk van het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI), maar vanuit Zorginstituut Nederland zullen we niet deelnemen aan knelpunten inventarisaties of invitational conferences. Het betreft immers vooral de uitvoering van de zorg.
2	Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)	Er is geen input beschikbaar vanuit de NVvN.
3	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)	Bedankt voor de uitnodiging voor de richtlijn Blaaskatheterisatie. De Subcommissie Richtlijnen van de Commissie Kwaliteit van de NVVC heeft het verzoek voor deelname aan de schriftelijke knelpunteninventarisatie zorgvuldig doorgenomen. Namens de NVVC zullen wij geen input leveren voor deze analyse. Wij wensen u veel succes met de verdere totstandkoming van deze richtlijn.
4	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB)	Dank voor uw uitnodiging. Wij kunnen als Nederlands Centrum voor Beroepsziekten aan deze rondes niet deelnemen, mits het om beroepsziekten gaat.
5	Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (Nvro)	Er zal vanuit de Nvro geen reactie komen, aangezien dit niet relevant is voor de Nvro.
6	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)	De NVPC heeft in deze ronde geen aanvulling op de knelpuntenanalyse.
7	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)	Op de uitnodiging voor de knelpunten hebben we het volgende antwoord: graag lezen we mee. Actieve deelname lijkt ons niet nodig.
8	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)	Hartelijk dank voor de mogelijkheid, vanuit de NVR zullen we hier geen gebruik van maken.
9	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)	Hartelijk dank voor uw bericht. Het bestuur laat u weten dat vanwege onvoldoende raakvlakken met de dermatologie de NVDV geen input zal leveren.
10	Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	Vanuit de NVvR is er geen input.

11	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	Namens de NVAB geeft collega Jaap Maas aan dat wij geen input voor de knelpuntenanalyse hebben, maar wel graag meedoen met de commentaarronde.
12	Nederlandse Vereniging van Keel-Neus-Oorheelkunde van het Hoofd-Halsgebied (KNO)	Geen input, ligt buiten vakgebied KNO.
13	Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)	Bedankt voor de uitnodiging. De NVKF heeft besloten om geen input aan te leveren.
14	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Onze dank voor uw uitnodiging om deel te nemen aan de schriftelijke knelpunteninventarisatie SRI-richtlijn Blaaskatheterisatie. Helaas is dit onderwerp te specialistisch om als brancheorganisatie van zorgverzekeraars een nuttige bijdrage te leveren. Wij willen wel graag de uitkomst weten van de schriftelijke knelpunteninventarisatie en vernemen te zijner tijd graag van u.
15	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)	Geen input, geen raakvlak met longgeneeskunde
16	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	De VKGN zal hier niet aan deelnemen, omdat er geen raakvlak is met klinische genetica.
17	Nederlandse Vereniging voor Oogheelkunde (NOG)	Aangezien het onderwerp van de richtlijn Blaaskatheterisatie geen raakvlakken heeft met oogheelkunde zal er vanuit het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) geen input worden geleverd voor de schriftelijke knelpunteninventarisatie.
18	Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)	Dank voor de toegestuurde stukken. De VSG leest als 'agendalid' mee met zaken rond Infectiepreventie en onthoudt zich van een reactie. Succes met het vervolg van dit traject.
19	Vereniging van Deskundigen Steriele Medische Hulpmiddelen (VDSMH)	Hartelijk dank voor onderstaande uitnodiging. Vanuit de VDSMH hebben we geen input op de schriftelijke knelpuntenanalyse van de SRI-richtlijn Blaaskatheterisatie, omdat dit onderwerp buiten ons expertisegebied ligt.
20	Sterilisatie Vereniging Nederland (SVN)	Hartelijk dank voor uw verzoek om reactie van SVN. Dit onderwerp behoort echter niet tot het aandachtsgebied van SVN en daarom zult u geen nadere reactie ontvangen.

Richtlijn Blaaskatheterisatie

21	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)	De NVIC heeft geen input voor deze knelpunteninventarisatie.
22	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	Wij hebben vier knelpunten bedacht die allen zorgen voor veel vragen in de klinische praktijk. Wij konden dit moeilijk terugsnoeien naar drie, omdat alle onderwerpen als belangrijk worden geacht.