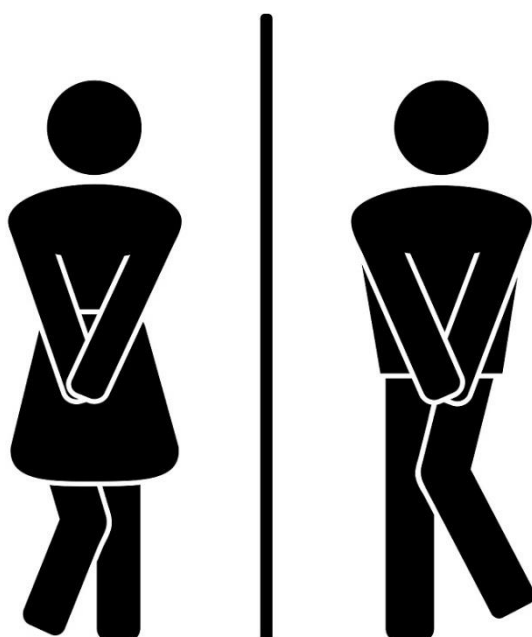


Rapport

proefimplementatie Richtlijn Continentie

Door Maud Heinen & Rosa Mennes

IQ Health Radboudumc



IQ Scientific Center for
Quality of Healthcare

v&vn

Projectgroep

Dr. Maud Heinen, Senior onderzoeker IQ Health, Radboudumc, Nijmegen

Drs. Rosa Mennes, onderzoeker IQ Health, Radboudumc, Nijmegen

Prof. Dr. Hester Vermeulen, hoogleraar IQ Health, Radboudumc, Nijmegen

Mei, 2024

Inhoud

| | |
|---|----|
| 1. Inleiding..... | 5 |
| 1.1 Aanleiding | 5 |
| 1.2 Doel van de proefimplementatie..... | 5 |
| 2. Samenvatting van resultaten en conclusies..... | 6 |
| Belangrijkste bevindingen en aanbevelingen | 6 |
| Algemeen | 6 |
| Module 1. Diagnostiek bij urine incontinentie | 6 |
| Module 2. Diagnostiek van fecale incontinentie | 7 |
| Module 3a. Niet-medicamenteuze interventies bij urine incontinentie | 7 |
| Module 3b Medicamenteuze interventies bij urine incontinentie..... | 7 |
| Module 4 behandelinterventies bij fecale incontinentie..... | 8 |
| Module 5. MECC Externe katheters voor Mannen | 8 |
| 3. Methode..... | 9 |
| 3.1 Doorontwikkeling van de methodiek van proefimplementaties | 9 |
| 3.2 Betrokkenen..... | 10 |
| Betrokken sectoren bij standaard..... | 10 |
| Doelgroep..... | 10 |
| 3.3 Meten van determinanten en mate van gebruik..... | 10 |
| 3.4 Onderzoeksmethoden | 14 |
| 4. Resultaten | 17 |
| 4.1 Deelnemers | 17 |
| 4.2 Resultaten van de vragenlijst..... | 17 |
| Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie: module 1 en 2 over diagnostiek bij urine en fecale incontinentie. | 18 |
| Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie: module 3 en 4 over interventies bij urine en fecale incontinentie..... | 19 |
| Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie: module 5 over externe katheters bij mannen (MECC) | 20 |
| Duidelijkheid en aansluiting van werkwijze bij huidige manier van werken | 20 |
| Uitkomsten over het gebruik van de aanbevelingen..... | 22 |
| Determinanten met betrekking tot de gebruiker, organisatie en sociaal politieke omgeving..... | 24 |
| Implementatieactiviteiten en het gebruik van het handboek en logboek | 25 |
| 4.3 Resultaten van de focusgroepen en interviews..... | 27 |
| Focusgroepen met zorgverleners | 27 |
| Algemene ervaringen met de richtlijn | 27 |
| Module 1 diagnostiek van urine incontinentie | 27 |

| | |
|--|----|
| Module 2 diagnostiek van fecale incontinentie..... | 28 |
| Module 3a niet medicamenteuze interventies..... | 29 |
| Module 3b medicamenteuze interventies..... | 30 |
| Module 4. Behandelinterventies van fecale incontinentie..... | 30 |
| Male External Condom Catheter (MECC) | 31 |
| 4.4 Interviews met cliënten | 31 |
| 4.5 Interview met manager | 33 |
| Gebruik van richtlijnen in de organisatie | 33 |
| Randvoorwaarden..... | 33 |
| 5. Conclusie | 35 |
| 6. Advies over implementatiestrategieën..... | 36 |
| 6.1 Geadviseerde implementatiestrategieën met betrekking tot de innovatie zelf | 36 |
| 6.2 Implementatiestrategieën met betrekking tot de gebruiker..... | 38 |
| 6.3 Geadviseerde implementatiestrategieën met betrekking tot de organisatie | 39 |
| 6.4 Geadviseerde implementatiestrategieën met betrekking tot de sociaal politieke omgeving ... | 39 |
| Literatuur | 40 |

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Incontinentie komt veel voor, vooral bij kwetsbare ouderen. In de chronische zorg (inclusief wijkverpleging) is 48,2% van de mensen incontinent voor urine, 25,8% voor fecale ontlasting en is 22,6% dubbel incontinent. Bij mensen met dementie of na een cerebrovasculair accident (CVA) komt dit nog meer voor (1). Door dubbele vergrijzing (meer ouderen, die bovendien steeds ouder worden) en de nog steeds toenemende tendens om in de eigen woonomgeving te blijven wonen hebben verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk dagelijks te maken met mensen met een vorm van incontinentie. Niet goed behandelde incontinentie kan de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Dit kan samengaan met depressie, schaamte, een laag gevoel van eigenwaarde en een verhoogd risico op vallen en daardoor verpleeghuisopname (2, 3).

Verpleegkundigen en verzorgenden en verpleegkundig specialisten werkzaam in de wijkverpleging komen veel in aanraking met mensen die last hebben van een vorm van incontinentie. Bij dit onderwerp werden knelpunten ervaren en daarom is een richtlijn ontwikkeld in opdracht van V&VN. Gedurende het ontwikkeltraject voert V&VN al geruime tijd proefimplementaties uit om zo de implementatie en adoptie van de richtlijn te vergroten. Bij de huidige methodiek van proefimplementaties worden determinanten onderzocht die van invloed zijn op de implementatie van de in ontwikkeling zijnde richtlijn. Er is dan nog een mogelijkheid om aanpassingen te doen aan de richtlijn zodat deze beter aansluit aan de behoeften van de gebruikers. Bij de methodiek die nu gebruikt wordt er echter geen specifieke relatie gelegd tussen de determinanten die van invloed zijn op de implementatie en implementatie strategieën die kunnen worden ingezet om implementatie succesvoller te laten verlopen. Door middel van twee sessies waarbij de Design Thinking methode is toegepast, is met zorgverleners en experts op gebied van implementatie onderzocht welke behoeften er zijn om richtlijnen beter te laten landen in de wijkverpleegkundige praktijk. Op basis van deze input zijn er elementen aan de methodiek van de proefimplementatie toegevoegd om het inzetten van implementatie strategieën een structureel onderdeel van de proefimplementatie te laten zijn.

1.2 Doel van de proefimplementatie

Het doel van de proefimplementatie is zicht krijgen op het gebruik van de richtlijn Continentie in de dagelijkse praktijk en factoren die dit beïnvloeden om op basis daarvan gerichte invoerstrategieën te kunnen adviseren aan de richtlijnontwikkelaars en V&VN.

Een secundair doel van deze proefimplementatie is het uittesten van de doorontwikkelde methodiek voor proefimplementaties. De bevindingen over dit onderdeel zullen separaat worden aangeleverd aan de opdrachtgever.

2. Samenvatting van resultaten en conclusies

Gedurende de testperiode van februari tot en met maart 2024 hebben in totaal 6 van de 11 deelnemers de proefimplementatie afgerond. Vijf gespecialiseerde continetieverpleegkundigen en 1 verpleegkundige in de wijk. Zij hebben de aanbevelingen bij 38 cliënten getest. Tijdens de dataverzameling zijn er drie cliënten en een manager geïnterviewd. Van de 6 deelnemers die de proefimplementatie hebben afgerond hebben er 6 de vragenlijst ingevuld. Met twee gestopte wijkverpleegkundigen is een aanvullende focusgroep gehouden over hun bevindingen in het werken met de richtlijn en waar zij tegenaan zijn gelopen.

Belangrijkste bevindingen en aanbevelingen

Algemeen

De richtlijn wordt ervaren als een erg groot document. Deelnemers aan de proefimplementatie waren zoekende in het begin wat de cliënten doelgroep precies is. Bij de aanbevelingen is niet direct duidelijk voor wie ze precies geschreven zijn. De deelnemers vinden een groot aantal aanbevelingen niet passen binnen het verpleegkundig en verzorgend vakgebied in de wijkverpleging omdat ze te specialistisch zijn voor generalistisch werkende zorgverleners. In de richtlijn wordt er echter geen onderscheid gemaakt voor wie bepaalde aanbevelingen bedoeld zijn. Mede hierdoor zijn wijkverpleegkundigen gestopt met de proefimplementatie, zij gaven aan een groot deel van de aanbevelingen niet uit te kunnen voeren in hun werkzaamheden omdat zij de expertise niet hadden en het niet bij hun vakgebied vonden horen om de aanbevelingen uit te voeren. Ook de gespecialiseerd continetie gaven aan dat zij het overgrote deel van de aanbevelingen goed vonden passen bij hun specialisatie, maar niet bij een generalistisch werkend (wijk)verpleegkundige of verzorgende. De richtlijn zou beter implementeerbaar worden als er in de richtlijn een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen aanbevelingen voor wijkverpleegkundige en gespecialiseerd verpleegkundige worden gemaakt en hoe de samenwerking tussen generalistisch verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen eruit zou moeten zien. Daarnaast zou het ook helpen als er duidelijk wordt weer gegeven wanneer er expertise van andere disciplines zoals een fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist behandelaar ingeschakeld moet worden.

Er worden ook onderwerpen in de richtlijn gemist zoals huidzorg, het terughoudend zijn met katheteriseren bij incontinentie en adviezen hoe absorberend materiaal bij incontinentie het beste ingezet kan worden. Het advies is om hier nog informatie over op te nemen.

Module 1. Diagnostiek bij urine incontinentie

De afkorting UI is onduidelijk omdat deze ook voor urineweginfectie wordt gebruikt. Het advies is om de termen volledig uit te schrijven. Verder kan de aanbeveling wanneer de anamnese uitgevoerd moet worden duidelijker geformuleerd worden. Het is vooral van belang dat bij een intake of evaluatie nagegaan wordt of een cliënt last heeft urine incontinentie en hoe dit invloed heeft op het leven van de cliënt. Er wordt een kennistekort verwacht bij (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden over de aard van urine incontinentie. Verwijs daarom bij de aanbeveling naar de definities van verschillende vormen van urine incontinentie. Neem hierbij naast de definitie ook de etiologie van de verschillende vormen van urine incontinentie op. Ook de rolverdeling tussen generalistisch (wijk)verpleegkundige, verzorgende, gespecialiseerd verpleegkundige en behandelaar wordt nu niet belicht. Om de richtlijn te implementeren zou het helpen wanneer deze rolverdeling en samenwerking duidelijker beschreven wordt. Bijvoorbeeld door te beschrijven wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige of behandelaar kan worden geraadpleegd. De deelnemers zien ook een rol voor gespecialiseerde continetieverpleegkundigen om expertise bij generalistisch (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden te vergroten.

Module 2. Diagnostiek van fecale incontinentie

Het bespreken van fecale incontinentie hoeft niet altijd één op één te gebeuren. Naasten kunnen juist een heel steunende functie hebben en een bron van informatie zijn. Uitgangspunt hierbij moet zijn waar de cliënt zich comfortabel bij voelt. De aanbeveling kan zo aangepast worden zodat de behoeften en wensen van de cliënt hierin centraal staan. Bij deze module geldt ook dat de aanbeveling wanneer de anamnese uitgevoerd moet worden duidelijker geformuleerd kan worden. Het is vooral van belang dat bij een intake of evaluatie nagegaan wordt of een cliënt last heeft van fecale incontinentie en in welke mate dit invloed heeft op het dagelijks leven. Ook de rolverdeling tussen generalistisch (wijk)verpleegkundige, verzorgende, gespecialiseerd verpleegkundige en behandelaar wordt nu niet belicht. Om de richtlijn te implementeren zou het helpen wanneer deze rolverdeling en samenwerking duidelijker beschreven wordt. Bijvoorbeeld door te beschrijven wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige of behandelaar moet worden geconsulteerd.

Module 3a. Niet-medicamenteuze interventies bij urine incontinentie

De richting van de aanbevelingen in deze module worden goed ontvangen door de deelnemers, maar kunnen duidelijker beschreven worden in de richtlijnmodule. Interventies om toiletgang en houding te verbeteren zijn nu niet concreet beschreven in dezelfde aanbeveling, maar in een andere aanbevelingen. Dit maakt het verwarrend voor zorgverleners wat zij nu precies moeten doen. hetzelfde geldt voor de leefstijlinterventies. Bij de bekkenbodetraining wordt nu ook niet verder gespecificeerd in de richtlijn wat dit inhoudt en welke adviezen aan cliënten moeten worden gegeven. Cliënten weten niet altijd wat bekkenbodetraining is, dit maakt dat ze minder gemotiveerd zijn om het uit te proberen. Om deze aanbeveling te implementeren zou het helpen om hier een omschrijving van op te nemen. Ook wordt het oefenen van houdingen en bekkenbodetraining gezien als iets waar een fysiotherapeut voor ingeschakeld zou kunnen worden. De fysiotherapeut inschakelen wordt nu niet genoemd als mogelijke optie.

De aanbeveling om altijd medicatie te monitoren in de zorgverlening wordt als niet haalbaar ervaren door de deelnemers aan de proefimplementatie. Gespecialiseerd verpleegkundigen geven aan dit wel te doen wanneer zij in consult zijn. Generalistisch wijkverpleegkundigen geven aan niet altijd zicht te hebben op medicatiegebruik, zeker wanneer iemand medicatie in eigen beheer heeft. Ook is het aan de voorschrijver van een medicijn om de werking en de mogelijke bijwerkingen ervan te bespreken met de cliënt. Het advies is dan ook om deze aanbeveling weg te laten.

Module 3b Medicamenteuze interventies bij urine incontinentie

De deelnemers van de proefimplementatie geven aan te onderschrijven dat niet-medicamenteuze interventies de voorkeur verdienen boven het voorschrijven van medicatie. Het is echter aan voorschrijver voorbehouden om te bepalen of niet-medicamenteuze interventies voldoende zijn geprobeerd en om medicatie te starten en te evalueren. De aanbevelingen zijn daarmee niet uitvoerbaar door (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden. De informatie die beschreven staat over bijwerkingen kunnen als achtergrond informatie worden benoemd om toch die informatie in de richtlijn op te nemen. De aanbevelingen die bij overweeg staan vermeld zijn algemene uitgangspunten bij het voorschrijven van medicatie en niet specifiek van toepassing bij medicatiegebruik bij incontinentie. Het is advies is daarom om deze module uit de richtlijn te halen omdat (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden geen besluitvormende rol hebben omtrent de inzet van medicatie. De informatie die bij deze module staat beschreven is kan wel opgenomen worden in de richtlijn onder de module niet-medicamenteuze interventies bij urine incontinentie als aanvullende informatie.

Module 4 behandelinterventies bij fecale incontinentie

Deelnemers aan de proefimplementatie geven aan dat het contact met een behandelaar bij fecale incontinentie nu gemist wordt bij de “doen” aanbevelingen. De afstemming met een gespecialiseerd verpleegkundige of behandelaar wordt als belangrijk gezien door de deelnemers omdat de impact en de last die cliënten ervaren bij fecale incontinentie erg groot kan zijn. Zij zouden graag zien dat de samenwerking met een gespecialiseerd verpleegkundige of behandelaar nadrukkelijker aan de orde komt bijvoorbeeld om een passende interventies te bepalen die de (wijk)verpleegkundige of verzorgende in het zorgplan op kan nemen en uit kan voeren of kan monitoren.

De aanbeveling om altijd medicatie te monitoren in de zorgverlening wordt als niet haalbaar ervaren door de deelnemers aan de proefimplementatie. Gespecialiseerd verpleegkundigen geven aan dit wel te doen wanneer zij in consult zijn. Generalistisch wijkverpleegkundigen geven aan niet altijd zicht op te hebben op medicatiegebruik, zeker wanneer iemand medicatie in eigen beheer heeft. Ook is het aan de voorschrijver van een medicijn om de werking en de mogelijke bijwerkingen ervan te bespreken met de cliënt. Het advies is dan ook om deze aanbeveling weg te laten.

Module 5. MECC Externe katheters voor Mannen

Deelnemers geven aan de doen-aanbevelingen bij deze module niet voorkomen in de wijkverpleging. Zowel de wijkverpleegkundigen als de gespecialiseerd incontinentieverpleegkundigen gaven aan nog nooit urine af te hebben genomen voor een kweek middels een externe katheter. De inzet van externe katheter komt weinig voor in de wijkverpleging. Daarom ontbreekt het veel (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden de expertise om te bepalen welk materiaal het beste inzet kan worden. Omdat het zo weinig voorkomt en er veel verschillende producten op de markt zijn, wordt het niet effectief gezien om in alle verschillende materiaal voor een externe katheter bekwaam te worden en te blijven. Vaak worden voor het opmeten en kiezen van materiaal een gespecialiseerd continetieverpleegkundigen ingeschakeld die in de regio werkzaam zijn of vanuit de medisch speciaalzaak. De (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden voeren vervolgens de zorg uit en schakelen indien nodig opnieuw expertise in wanneer zij problemen ervaren in de zorgverlening bij een externe katheter. Daarnaast zijn de aanbevelingen uit de richtlijn externe katheters bij volwassenen mannen van European Association of Urology Nurses en V&VN continetieverpleegkundigen & verzorgenden uit 2021 overgenomen. Het zou passender zijn om naar deze richtlijn te verwijzen.

3. Methode

3.1 Doorontwikkeling van de methodiek van proefimplementaties

Om de huidige methodiek voor de proefimplementaties uit te breiden is een Design Thinking methode toegepast. Design thinking is een manier om producten of prototypes te ontwikkelen waarbij de eindgebruikers en andere belangrijke betrokkenen vanaf het startpunt van de probleemverkenning en ontwikkeling van het prototype worden betrokken, om zo te komen tot een product dat goed aansluit bij de ervaren problematiek op de werkvloer. Het proces bestaat uit een aantal stappen: het definiëren en beschrijven van het probleem dat het prototype op moet lossen, het brainstormen over het ideale scenario waar het prototype aan moet bijdragen, het bedenken van mogelijke oplossingen, vervolgens het vernauwen van mogelijke oplossingen, ontwikkelen van een prototype, het testen van het prototype en het prototype evalueren en aanpassen (4). De doorontwikkelde methodiek van de proefimplementaties zal in een separaat rapport worden overhandigd.

Er zijn twee Design Thinking (DT) sessies uitgevoerd, waarbij de focus van de eerste bijeenkomst lag op het definiëren van het ervaren probleem bij implementatie van richtlijnen in de wijkverpleging en op het ideale scenario bij het in gebruik nemen van een richtlijn in de praktijk. De tweede DT sessie was gericht op het ontwikkelen van het “prototype”. Het prototype is ontwikkeld op basis van de opgehaalde ideale scenario's en het stappenplan ter implementatie van innovaties in ziekenhuizen ontwikkeld binnen [het programma ZEGG](#). Binnen het ZEGG programma is een werkboek ontwikkeld dat verpleegkundigen kunnen gebruiken om een innovatie in de zorg implementeren. Het prototype bestond uit onderdelen uit het stappenplan “implementeren voor verpleegkundigen” uit het programma ZEGG en het overzicht van implementatie strategieën die aansluiten bij de behoeften van zorgverleners die in de eerste sessie waren opgehaald. Na de twee sessies is door het projectteam een vertaalslag gemaakt hoe deze implementatiestrategieën zich verhouden tot wetenschappelijke literatuur zoals het CFIR en ERIC Framework (5, 6). Ook is er contact geweest met onderzoekers van eerdere richtlijnprojecten, een onderzoeker betrokken bij de ontwikkeling van de “Implementatiegids richtlijn Signalering en Preventie van Zorginfecties”, en een onderzoeker betrokken bij de Proefimplementatie Mantelzorg. Daarnaast is er contact geweest met de ontwikkelaars van de bestaande methodiek van de proefimplementaties, tevens experts op het gebied van implementatie. Ook de expertise opgedaan in eerdere projecten waaronder enkele proefimplementaties is meegenomen in de doorontwikkeling. Deze inspanningen hebben geleid tot het maken van ondersteunende documentatie bij de proefimplementatie: het handboek en het logboek.

Het handboek en het logboek

Tijdens de DT sessies zijn verschillende strategieën opgehaald die toepasbaar zijn bij implementeren van richtlijnen in de wijk. Deze strategieën zijn door de deelnemers aan de sessie geconcretiseerd zodat er begrijpelijke en toepasbare activiteiten zijn geformuleerd.

Er is daarom op basis van de input van de sessies een handboek ontwikkeld dat zorgverleners een overzicht geeft van mogelijk implementatiestrategieën die ingezet kunnen worden bij de proefimplementatie, gekoppeld aan de geïdentificeerde determinanten. Deze strategieën zijn concreet uitgewerkt in verschillende activiteiten, aangevuld met praktische tips, die uitgevoerd kunnen worden voor implementatie van de richtlijn. Deelnemers aan de proefimplementatie kunnen zelf bepalen welke strategieën zij in willen zetten om in de eigen werkcontext de richtlijn te implementeren. Er is bij de selectie van het strategieën een onderscheid gemaakt in welke strategieën toepasbaar zouden zijn bij een proefimplementatie, aangezien er beperkte tijd is waarin de aanbevelingen getest kunnen worden. Er is de nadruk gelegd op strategieën die gericht zijn op de

innovatie, de individuele zorgprofessionals en de interactie tussen zorgprofessionals en de cliënt(7). Binnen de CFIR komt dit neer op het innovatie domein, binnenste setting domein, individueel domein en implementatieproces domein.

3.2 Betrokkenen

Bij het voorbereiden van de proefimplementatie is gesproken met de ontwikkelaar van de richtlijn. Hierbij is informatie op gehaald over de planning, de inhoud van de richtlijn en mogelijke zaken om rekening mee te houden bij de proefimplementatie. Met de ontwikkelaar is afstemming gezocht om conceptteksten onder embargo te ontvangen ter voor bereiding voor de proefimplementatie.

Betrokken sectoren bij standaard

De proefimplementatie heeft plaatsgevonden binnen de wijkverpleging.

Doelgroep

De intermediaire gebruikers (zorgprofessionals)

De richtlijn is ontwikkelt voor de wijkverpleging. Daarom heeft de proefimplementatie plaatsgevonden onder verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten werkzaam in de eerstelijnszorg in de wijkverpleegkundige setting. Werving vond plaats via de kanalen van V&VN en van de onderzoekers.

De eindgebruikers (cliënten)

Via de deelnemende zorgverleners zijn cliënten benaderd die zorg hebben ontvangen zoals beschreven in de conceptrichtlijn. Zij hebben toestemming gegeven om hun naam en telefoonnummer te delen met de onderzoeker. Deze heeft contact met de cliënt opgenomen en nogmaals uitleg gegeven over het interview. Interviews hebben bij de cliënt thuis of telefonisch plaats gevonden. Cliënten hebben een consentformulier getekend of mondeling toestemming gegeven voor de geluidsopname voor deelname.

De werkgevers of het management

Via de deelnemende zorgverleners is vooraf afgestemd dat ook de leidinggevende uitgenodigd zou worden voor een interview over de context waarbinnen de implementatie wordt uitgevoerd. Dit hebben zorgverleners afgestemd met hun leidinggevende of manager. Via de zorgverleners zijn contactgegevens van de manager of leidinggevende doorgegeven om zo een interview in te plannen.

Aanverwante disciplines

Aan de zorgverleners is gevraagd of zij contact hebben gehad met een huisarts gedurende de proefimplementatie naar aanleiding van de zorg die zij verleend hebben volgens de richtlijnaanbevelingen. Indien dit het geval was werd gevraagd welke huisarts betrokken was en vervolgens is deze benaderd met het verzoek om deel te nemen aan een kort interview.

3.3 Meten van determinanten en mate van gebruik

Er zijn in de conceptrichtlijn geen kernaanbevelingen gedefinieerd. Door de ontwikkelaars van de richtlijn is met de werkgroep overeen gekomen dat alle aanbevelingen die vermeld staan onder "Doen" als kernaanbeveling kunnen worden gezien. In tabel 1 is weergegeven welke aanbevelingen er in de proefimplementatie zijn meegenomen.

| Uitgangsvraag | Kernaanbevelingen |
|---|--|
| Uitgangsvraag 1 diagnostiek bij urine incontinentie | 1.1 Anamnese moet plaatsvinden: <ul style="list-style-type: none">• bij verpleegkundige anamnese;• bij het vermoeden van UI;• bij beginnende UI; |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • bij de overgang van enkele naar dubbele incontinentie; • bij verslechtering van de UI; • wanneer zich zaken hebben voorgedaan (bijvoorbeeld een beroerte) die incontinentie kunnen veroorzaken dan wel verergeren. <p>1.2 De anamnese bij kwetsbare ouderen met UI moet uitgebreid plaatsvinden. Er moet in ieder geval goed gekeken worden naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de historie van de UI; • wanneer mogelijk de aard (stress-, aandrang-, gemengd, functioneel) en ernst van de UI; • potentieel beïnvloedende factoren die samenhangen met functionele stoornissen en omgeving, comorbiditeit en medicatiegebruik. |
| <p>Uitgangsvraag 2 diagnostiek bij fecale incontinentie</p> | <p>2.1 Houd tijdens het bespreken van mogelijke FI altijd rekening dat dit onderwerp tot schaamtegevoelens van de cliënt kan leiden. Bespreek dit één-op-één en niet waar anderen bij zijn.</p> <p>2.2 Een anamnese moet in ieder geval plaatsvinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij verpleegkundige anamnese; • bij het vermoeden van FI; • bij beginnende FI; • bij de overgang van enkele naar dubbele incontinentie; • bij verslechtering van de FI; • wanneer zich zaken hebben voorgedaan (bijvoorbeeld een beroerte) die incontinentie kunnen veroorzaken of verergeren • indien er sprake is van obstipatie met of zonder vermoeden van overloopdiarree. <p>2.3 De anamnese moet uitgebreid plaatsvinden. Er moet in ieder geval goed gekeken worden naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medische voorgeschiedenis; • comorbiditeit (denk aan bijvoorbeeld darmziektes zoals ziekte van Crohn, longaandoeningen); • medicatie (gebruik van laxantia, metformine bij diabetes mellitus type 2 [DM2]); • mictie- en defecatiepatroon; • vocht- en voedingsinname; • omgevingsfactoren; • mobiliteit; • schaamte en coping. <p>2.4 Adviseer de cliënt bij rectaal bloedverlies, plotselinge incontinentie of verergering van de klachten contact op te nemen met de huisarts.</p> <p>2.5 Adviseer de cliënt bij langdurige of chronische klachten contact op te nemen met een (bekken)fysiotherapeut voor verdere diagnostiek.</p> |
| <p>Uitgangsvraag 3 niet medicamenteuze interventies bij urine incontinentie</p> | <p>3.1 Geef nadat de (verpleegkundige) diagnose UI is vastgesteld een cliënt met UI informatie over incontinentie waarbij uitgelegd wordt welke behandelopties er zijn en adviseer om minstens één van de niet-medicamenteuze interventies te proberen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventies om toiletgang en -houding te verbeteren; • interventies om leefstijl te verbeteren; • bekkenbodetraining. <p>3.2 Houd tijdens het opstellen van een zorgplan altijd de persoonlijke wensen en voorkeuren van de cliënt in gedachten. Overleg met de cliënt en/of mantelzorgers welke wensen en voorkeuren er zijn.</p> <p>3.3 Adviseer cliënten met UI over coping strategieën, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waar ze emotionele en psychologische ondersteuning kunnen krijgen. Bijvoorbeeld bij een patiëntenvereniging of lotgenotengroep, zoals Incoclub. |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Hoe ze met vrienden en familie kunnen praten over incontinentie. • Strategieën zoals het plannen van reisroutes om de toegang tot openbare voorzieningen makkelijker te maken. <p>3.4 Geef algemene tips en adviezen om de toiletgang en -routine te verbeteren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adviseer om meteen naar het toilet te gaan bij aandrang. • Adviseer over goede plashouding • Verkrijgen van hulpmiddelen (bijvoorbeeld poststoel, hooglaagbed) om toegang tot het toilet te faciliteren, eventueel verwijzen naar een ergotherapeut/fysiotherapeut. • Het dragen van kleding die makkelijk is om uit te trekken. • Let op dat het toilet duidelijk staat aangegeven en vindbaar is, zonder obstakels of bijvoorbeeld bij ouderen met dementie plaatje toilet. • Goed en veilig naar toilet kunnen in de nacht. • Advies over het gebruik van en verkrijgen van incontinentiemateriaal. <p>3.5 Houd tijdens het monitoren van de zorg altijd in de gaten of nieuwe medicatie is toegevoegd die mogelijk invloed heeft op het mictiepatroon. Zie tabel bij uitgangsvraag 1 voor type medicatie die effect heeft op mictiepatroon.</p> <p>3.6 Evalueer altijd de effectiviteit én impact op kwaliteit van leven van de ingezette verpleegkundige interventie(s). Dit kan door middel van bijvoorbeeld een mictiedagboek, een vragenlijst voor kwaliteit van leven zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRAFAB; • ICIQ-UI-SF; • IIQ-7; • ISI; • UDI. <p>3.7 Informeer de huisarts of andere voorschrijver van een interventie wanneer een ingezette interventie een nadelig effect heeft.</p> |
| <p>Uitgangsvraag 3b medicamenteuze interventies bij urine incontinentie</p> | <p>3.8 Geef niet-medicamenteuze interventies de voorkeur boven medicatie; adviseer de cliënt eerst een of meerdere van de volgende interventies te proberen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventies om toiletgang en -houding te verbeteren; • interventies om leefstijl te verbeteren; • bekkenbodetraining. <p>3.9 Mede omdat er sprake is van een hoge morbiditeit en polyfarmacie onder ouderen, is voorzichtigheid en oplettendheid geboden bij behandeling door middel van medicatie. Hierbij is het van belang dat vanaf het begin van de behandeling de volgende zaken regelmatig worden gemonitord en geëvalueerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • werkzaamheid; • verdraagbaarheid; • bijwerkingen; • geschiktheid van continuering van behandeling. <p>3.10 Informeer de cliënt en eventuele mantelzorg(er) op te letten of bijwerkingen ontstaan bij het gebruik van muscarine-antagonisten of β_3-adrenerge receptoren (mirabegron). Mogelijke bijwerking zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • droge huid, mond of neus; • obstipatie, misselijkheid, buikpijn; • verminderde cognitie of verwardheid; • duizeligheid or slaperigheid; • wazig zien of droge ogen; |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • hoofdpijn; • veranderingen in bloeddruk, hypertensie. |
| Uitgangsvraag 4 behandelinterventies voor fecale incontinentie | <p>4.1 Geef nadat de (verpleegkundige) diagnose FI is vastgesteld een cliënt met FI-informatie over incontinentie waarbij uitgelegd wordt welke behandelopties er zijn en in welke volgorde die geprobeerd kunnen worden.</p> <p>4.2 Houd tijdens het opstellen van een zorgplan altijd de persoonlijke wensen en voorkeuren van de cliënt in gedachten. Overleg met de cliënt en/of mantelzorger welke wensen en voorkeuren er zijn.</p> <p>4.3 Adviseer cliënten met FI over copingstrategieën, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waar ze emotionele en psychologische ondersteuning kunnen krijgen. Bijvoorbeeld bij een patiëntenvereniging of lotgenotengroep, zoals Incoclub of PVVN (Patiënten Vereniging Voor Neuromodulatie). • Hoe ze met vrienden en familie kunnen praten over incontinentie. • Strategieën bespreken zoals het plannen van reisroutes om de toegang tot openbare voorzieningen makkelijker te maken. <p>4.4 Houd tijdens het monitoren van de zorg altijd in de gaten of nieuwe medicatie is toegevoegd die mogelijk invloed heeft op de stoelgang (zie tabel voor type medicatie bij uitgangsvraag 2).</p> <p>4.5 Evalueer altijd de effectiviteit én impact op kwaliteit van leven van de ingezette verpleegkundige interventie(s). Dit kan doormiddel van bijvoorbeeld een defecatieboek, of een vragenlijst voor kwaliteit van leven zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FIQLS; • Manchester kwaliteit van leven meting; • SF-36; • EuroQol 5D; • Positieve Gezondheid. <p>4.6 Geef algemene tips en adviezen om de toiletgang en -routine te verbeteren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adviseer om meteen naar het toilet te gaan bij aandrang. • Technieken aanleren (bijvoorbeeld houding, ademhaling) om de stoelgang te verbeteren. • Verkrijgen van hulpmiddelen (bijvoorbeeld poststoel, hooglaagbed) om toegang tot het toilet te faciliteren, eventueel verwijzen naar een ergotherapeut/fysiotherapeut. • Het dragen van kleding die makkelijk is om uit te trekken. • Let op dat het toilet duidelijk staat aangegeven en vindbaar is, zonder obstakels, ook 's nachts. Bijvoorbeeld plaatje toilet bij ouderen met dementie. • Advies over het gebruik van en verkrijgen van incontinentiemateriaal. |
| Uitgangsvraag 5 MECC externe katheters voor mannen | <p>5.1 Volg bij het afnemen van urine voor een urinekweek de procedure voor het nemen van urinemonsters via een externe katheter voor mannen.</p> <p>5.2 Voor een urinemonster dient er binnen een uur na het aanbrengen van een nieuwe externe katheter tijdens de eerste urineloosing urine te worden afgenomen via de monsternamepoort.</p> <p>5.3 Maak gebruik van een dagboek om inzicht te krijgen in eventuele problemen die optreden en om de incontinentie-episodes te kunnen beoordelen.</p> |

Tabel 1. Overzicht van kernaanbevelingen uit de richtlijn continëntie bij (kwetsbare) ouderen

Afgeleide producten

Er zijn geen afgeleide producten ontwikkeld die zijn getest in de proefimplementatie.

Duur van de proefimplementatie

De testperiode tijdens de proefimplementatie was twee maanden, van februari tot en met maart 2024. In het algemeen wordt gesteld dat 3-4 maanden voldoende is om alle kernaanbevelingen te testen. De tijdspanne van het IMPACT project, waar deze proefimplementatie onderdeel van is, gaf niet meer tijd om de richtlijn langer te testen.

3.4 Onderzoeksmethoden

Bij de proefimplementaties zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Door verschillende methodieken te combineren is diepgaand onderzocht wat de mechanismen zijn die implementatie kunnen bevorderen.

Vragenlijst bij zorgverleners

Alle deelnemende zorgverleners hebben na gewerkt te hebben volgens de aanbevelingen in de richtlijn, een vragenlijst ontvangen. Om te onderzoeken welke determinanten invloed hebben op de implementatie van de richtlijn continëntie is gebruik gemaakt van de MIDI vragenlijst(8), aangevuld met determinanten uit de Consolidated Framework for Implementation Research CFIR(9). De vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen:

- Determinanten met betrekking op tot de richtlijn
- Determinanten met betrekking op tot de gebruiker
- Determinanten met betrekking op tot de organisatie
- Determinanten met betrekking op tot de omgeving

De vragenlijst is opgebouwd uit een algemeen deel met onder andere persoonlijke kenmerken en ervaringen, een deel gericht op de verschillende kernaanbevelingen en een gedeelte dat gaat over determinanten.

In het algemene onderdeel is uitgevraagd:

1. Welke implementatie activiteiten/strategieën zijn toegepast. Dit wordt gebaseerd op het ERIC Framework(5) en de strategieën die in het handboek zijn opgenomen. Er is gekozen voor het ERIC-framework omdat deze correleert met determinanten die in het CFIR-framework(9) zijn benoemd. Zo is er een koppeling te maken tussen determinanten die van invloed zijn op implementatie en ingezette strategieën.
2. Randvoorwaarden voor het in gebruik nemen van de richtlijn (inwerktijd, leestijd, benodigde materialen, meer of minder cliënten moeten zien en hoeveelheid benodigde tijd per cliënt, hoeveelheid tijd geïnvesteerd in implementatieactiviteiten)

Determinanten zijn middels de MIDI vragenlijst uitgevraagd door verschillende uitgangsvragen met elkaar te bundelen om zo de vragenlijst niet te lang te maken. De verdeling is als volgt gemaakt:

- een sectie diagnostiek bij urine en fecale incontinentie,
- een sectie interventies bij urine en bij fecale incontinentie
- het gebruik van een Male External Condom Catheter (MECC).

Dit zal de vragenlijst wat inperken en daardoor makkelijker in te vullen voor de respondenten. Bij elke sectie wordt uitgevraagd:

1. De MIDI vragenlijst om determinanten uit te vragen.
2. Twee aanvullende determinanten vanuit de CFIR :

- a. Compatibiliteit met bestaande werkstromen: er is veel overlap in de signalering die voor continentie wordt gedaan en andere aandoeningen. Dit zou door zorgverleners als dubbel werk of dubbele registratie kunnen worden ervaren.
 - b. Planning van de interventie: om de interventies uit te voeren zoals beschreven moeten er verschillende opeenvolgende stappen worden uitgevoerd: signalering en vervolgacties om preventie interventies in te zetten. Deze determinant dient nader onderzocht te worden of deze verschillende stappen op elkaar aan sluiten in de praktijk.
3. Vragen over de mate van het gebruik van de richtlijn. Bij dit onderdeel zal er geen onderscheid in secties gemaakt worden, maar komt het gebruik van elke aanbeveling aan bod komen.

Interviews/focusgroep met zorgverleners(intermediaire gebruikers).

In de focusgroep is ingegaan op de volgende thema's:

- In welke mate het mogelijk was om zorg te verlenen volgens de kernaanbevelingen
- Ervaringen van cliënten
- Hoe de determinanten invloed hadden op uitvoeren van de zorg conform de kernaanbevelingen
- Welke implementatie-activiteiten zijn ingezet en hoe behulpzaam deze zijn geweest.
- Welke randvoorwaarden van toepassing zijn voor een succesvolle implementatie.
- Hoe deelnemers het werken met het handboek hebben ervaren.

De focusgroep is met toestemming van de deelnemers opgenomen. De opname is gebruikt voor analyse en samenvatting van de bijeenkomst door twee onderzoekers.

Interviews met cliënten (eindgebruikers)

Cliënten zijn door zorgverleners benaderd of zij deel zouden willen nemen aan een interview. Cliënten die hebben aangegeven mee te willen werken aan het interview zijn door de onderzoeker telefonisch benaderd. Per cliënt is bekeken worden of het interview telefonisch of face to face kon worden gehouden. Deelnemers zijn gevraagd om een informed consent te tekenen of op band hun toestemming te geven. Indien dit mogelijk was zijn naasten uitgenodigd om bij het interview aanwezig te zijn.

Tijdens het interview is ingegaan op welke zorg de cliënt heeft ontvangen, hoe de cliënt de ontvangen zorg ervaren heeft en of zij de zorgverlening graag anders hadden gezien. De interviews zijn opgenomen en samengevat. Deze samenvattingen zijn geanalyseerd om een overzicht te krijgen van de belangrijkste opbrengsten met betrekking tot clientervaringen in relatie tot de richtlijn Continentie. Deze analyse is uitgevoerd en bediscussieerd door twee onderzoekers.

Interviews met manager/organisatie

Managers per deelnemende organisatie zijn uitgenodigd voor een interview. Gedurende het interview is besproken aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden bij het implementeren van de richtlijn continentie, welke determinanten aan de orde zijn bij het faciliteren van tijd en expertise, en hoe binnen de organisatie omgegaan wordt met het implementeren van nieuwe richtlijnen in het algemeen. Daarnaast is ook ingegaan op welke structuren in de organisatie hiervoor zijn ingericht.

Aanverwante disciplines

Er is geen dusdanig overleg geweest tussen deelnemers aan de proefimplementatie en een behandelaar zoals een huisarts dat dit aanleiding gaf voor een interview. Er konden daarom geen

huisartsen of behandelaren geïnterviewd worden die betrokken waren bij het werken volgens de richtlijn.

4. Resultaten

4.1 Deelnemers

In totaal hebben twaalf deelnemers zich gemeld om mee te doen aan de proefimplementatie. Drie deelnemers hebben voordat zij konden starten met het toepassen van de aanbevelingen in de zorgverlening zich afgemeld. Een verzorgende IG vond de aanbevelingen niet toepasbaar in haar praktijk. Twee deelnemers konden vanwege privéomstandigheden onvoldoende tijd vrij maken. Van de negen overgebleven deelnemers zijn er gedurende de proefperiode drie deelnemers gestopt. Eén kon bij te weinig cliënten in haar praktijk zorg verlenen volgens de richtlijn omdat er te weinig cliënten met een passende zorgvraag waren. Daarnaast viel zij vanwege ziekte gedurende de proefperiode een aantal weken uit. Twee wijkverpleegkundigen van dezelfde organisatie konden de hoeveelheid werk die het verlenen van zorg volgens de aanbevelingen met zich mee bracht niet bewerkstelligen en zagen af van verdere deelname. Met deze twee wijkverpleegkundigen is een groepsinterview georganiseerd om hun ervaringen over het werken met de richtlijn te bespreken. Daarnaast is een gespecialiseerd continëntie verpleegkundige gestopt met de proefimplementatie vanwege uitdiensttreding en privéomstandigheden. Het uiteindelijke aantal deelnemers dat proefimplementatie heeft afgemaakt bestond uit 6 personen werkzaam binnen dezelfde zorgorganisatie. Deze personen bestond uit 5 gespecialiseerd continëntie verpleegkundigen, (waarvan drie in opleiding) en een verpleegkundige in de wijk. Omdat het overgrote aantal deelnemers gespecialiseerd incontinentieverpleegkundige is moeten de resultaten ook vanuit dit perspectief geïnterpreteerd worden.

4.2 Resultaten van de vragenlijst

In totaal hebben 6 deelnemers de vragenlijst ingevuld, waarvan vier werkzaam als gespecialiseerd continëntie verpleegkundige, een als gespecialiseerd continëntie verpleegkundige in opleiding en een als verpleegkundige in de wijk. Uitkomsten van de vragenlijst geven dus vooral het perspectief van gespecialiseerd verpleegkundigen en diens werkwijze weer en minder het perspectief van een generalistisch (wijk)verpleegkundige. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 44 jaar en zij hadden gemiddeld 11 jaar ervaring binnen de wijkverpleging, variërend tussen een jaar en 23 jaar. Allen waren werkzaam bij een VVT-zorgorganisatie in west Brabant.

In totaal zijn de aanbevelingen uit de richtlijn bij 38 cliënten uitgetest.

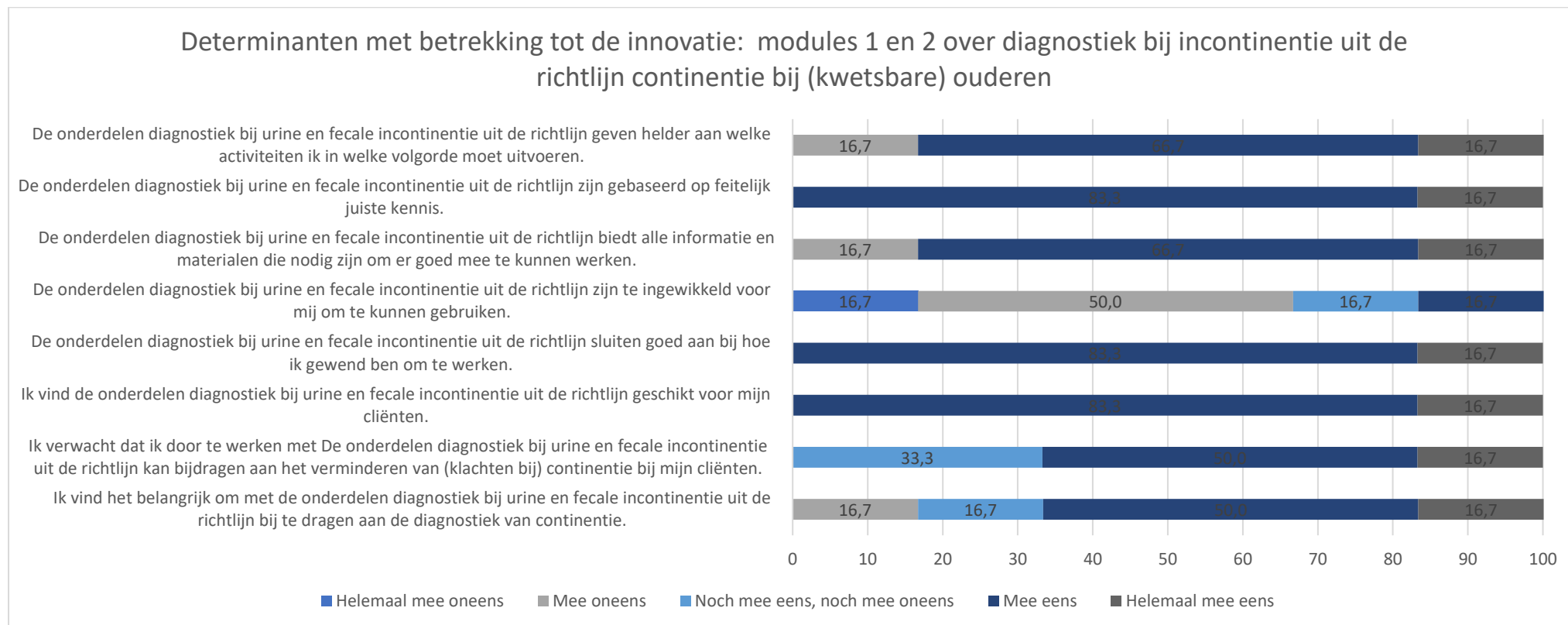
| Richtlijn module | Aantal cliënten waarbij de aanbevelingen getest zijn. |
|---|---|
| Module diagnostiek bij urine incontinentie | 38 |
| Module diagnostiek bij fecale incontinentie | 18 |
| Module niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies | 34 |
| Module behandelinterventies bij fecale incontinentie | 17 |
| Module male external condom catheter (MECC) | 0 |

Tabel 2. Aantal cliënten waarbij aanbevelingen uitgetest zijn per module.

De tijdsinvestering die het de deelnemers heeft gekost om de richtlijn te lezen was minimaal 3 uur en maximaal 6 uur met een gemiddelde van 3 uur en 50 minuten. Daarnaast kostte het gemiddeld 3 uur ingewerkt te raken op de werkwijze zoals beschreven in de richtlijn. Het kostte gemiddeld 3 uur aan extra tijd de cliënten thuis om de zorg te verlenen zoals beschreven in de richtlijn.

Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie: module 1 en 2 over diagnostiek bij urine en fecale incontinentie.

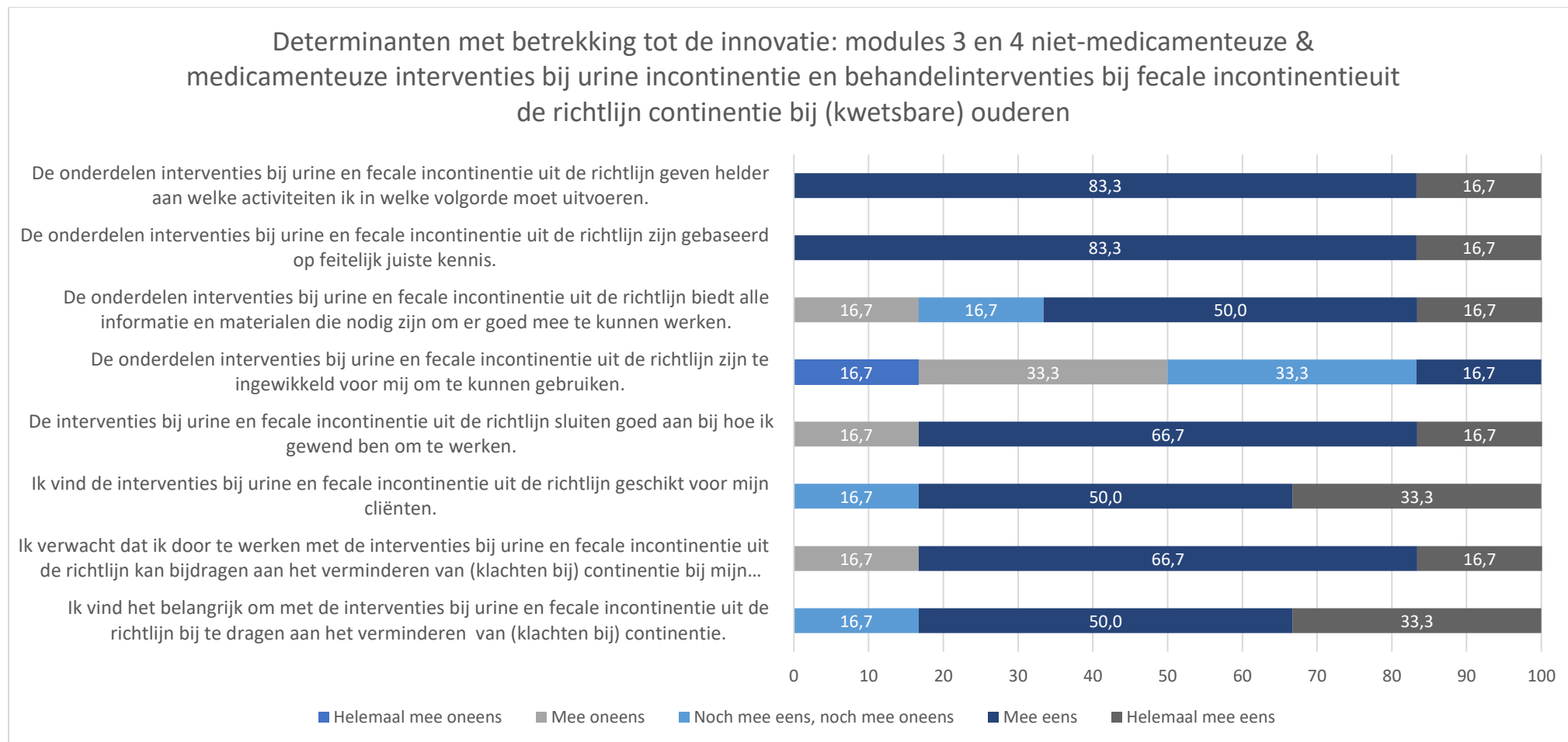
67% Van de deelnemers gaf aan geen materialen te missen om zorg te verlenen conform de richtlijn. 33 % Gaf aan wel materialen te missen om te werken conform de richtlijn zoals een bladderscan om de blaasinhoud te meten en overzichtelijke praktijkkaart van de richtlijn. In figuur 1 is te zien hoe determinanten die mogelijk een rol spelen bij het implementeren van de richtlijn. Opvallend is dat deelnemers veel vertrouwen hebben dat de richtlijn gebaseerd is op feitelijke kennis. Echter ervaren 33% van de deelnemers de modules diagnostiek bij urine en fecale incontinentie van de richtlijn als ingewikkeld. De modules werden als geschikt voor de cliëntenpopulatie ervaren. Er valt op te merken dat bij 33% van de respondenten er niet de verwachting is dat klachten van cliënten zullen verminderen wanneer zij volgens de richtlijn zullen handelen. Ook wordt het belang niet bij alle respondenten hiervan gezien, 17% geeft aan het onbelangrijk te vinden en nog eens 17% is hier neutraal in. De overige 66% van de deelnemers geeft aan er wel belang aan te hechten om bij te dragen aan de diagnostiek van incontinentie.



Figuur 1. Determinanten met betrekking tot richtlijnmodule 1 en 2 diagnostiek bij urine en fecale incontinentie.

Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie: module 3 en 4 over interventies bij urine en fecale incontinentie.

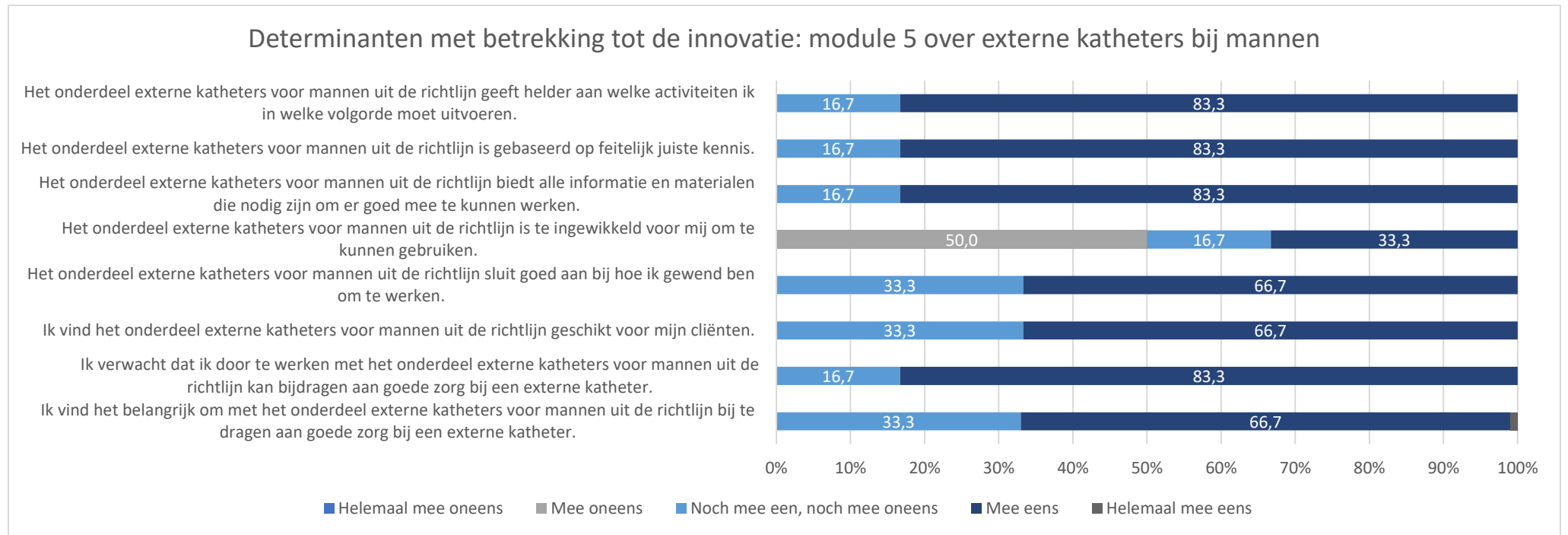
Respondenten gaven aan de interventies bij module 3 en 4 helder zijn beschreven en dat zij gebaseerd zijn op feitelijk juiste kennis. 33% van de respondenten vonden dat de richtlijn niet alle informatie en materialen bood die nodig waren om volgens de aanbevelingen te werken. Ook werden de interventies door sommigen als ingewikkeld ervaren. 33% was hier neutraal in, en 17% vond de aanbevelingen ingewikkeld om op te volgen. 17% van de respondenten vond ook de interventies niet goed aan sluiten bij de bestaande manier van werken. De modules met de interventies worden als geschikt gezien voor de cliëntenpopulatie die wijkverpleegkundige zorg ontvangt. De verwachting was bij 83% van de respondenten dat zij klachten bij continentie konden verminderen door volgens de aanbevelingen in de module 3 en 4 te werken. Hierbij gaf 17% aan niet te verwachten dat klachten bij cliënten minder zouden worden, ook zag 17% het belang er niet van in om middels de aanbevolen interventies klachten bij incontinentie te verminderen.



Figuur 2. Determinanten met betrekking tot de innovatie: module 3 en 4 over interventies bij urine en fecale incontinentie

Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie: module 5 over externe katheters bij mannen (MECC) .

Een groot deel van de respondenten van de vragenlijst geven aan de module over externe katheters helder is over de volgorde waarin handelingen moeten plaats vinden. Ook vindt 83% van de respondenten de module gebaseerd op feitelijke kennis en biedt het alle informatie en materialen om er goed mee te kunnen werken. 33% van de respondenten geeft aan dat de module te ingewikkeld is om mee te werken, 17 procent is hier neutraal in. 33% geeft aan dat module 5 niet goed en niet slecht aansluit bij hoe zij gewend zijn om te werken en de cliënten die zij zorg bieden. Ook vindt 33% van de respondenten het niet belangrijk en niet onbelangrijk om doormiddel van module 5 bij te dragen aan goede zorg bij een externe katheter. Over module 5 zijn de respondenten het minst uitgesproken overtuigd dat de module gaat bijdragen bij goede zorg bij een externe katheter. Het kan er mee te maken hebben dat deze aanbeveling niet bij cliënten is uitgetest omdat de client situatie zich niet voor heeft gedaan.

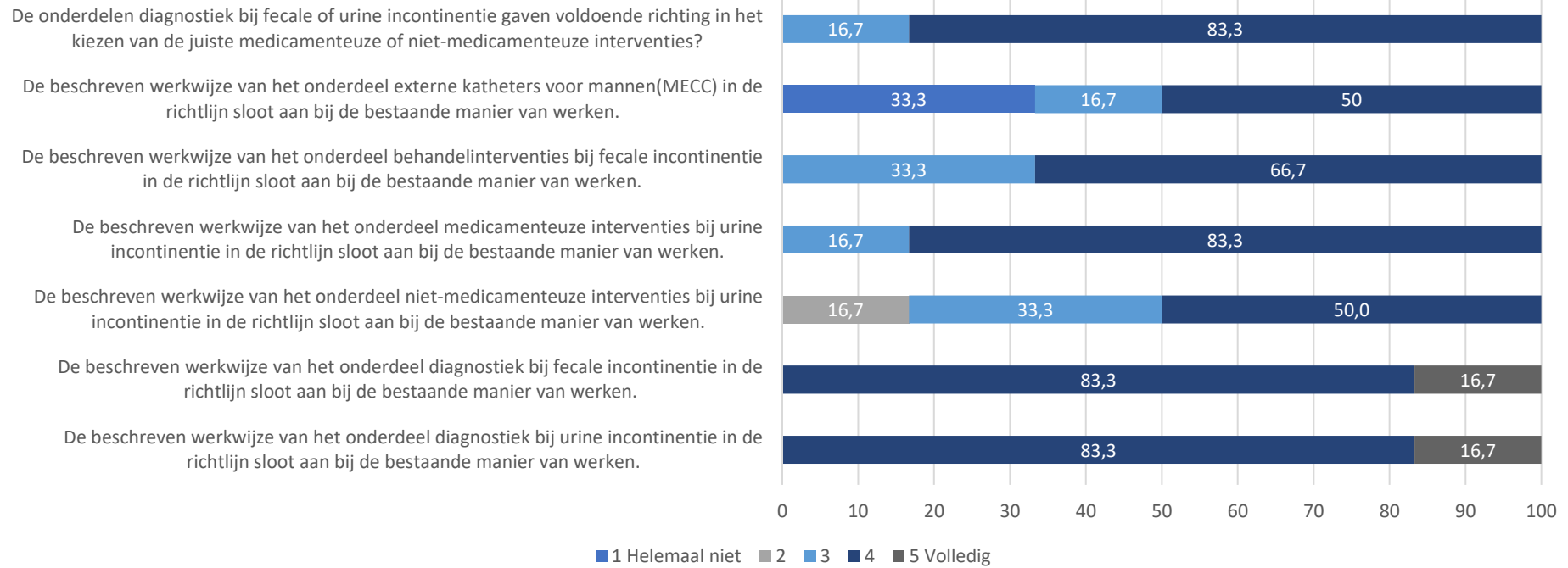


Figuur 3. Determinanten met betrekking tot de innovatie: module 5 externe katheters voor mannen.

Duidelijkheid en aansluiting van werkwijze bij huidige manier van werken

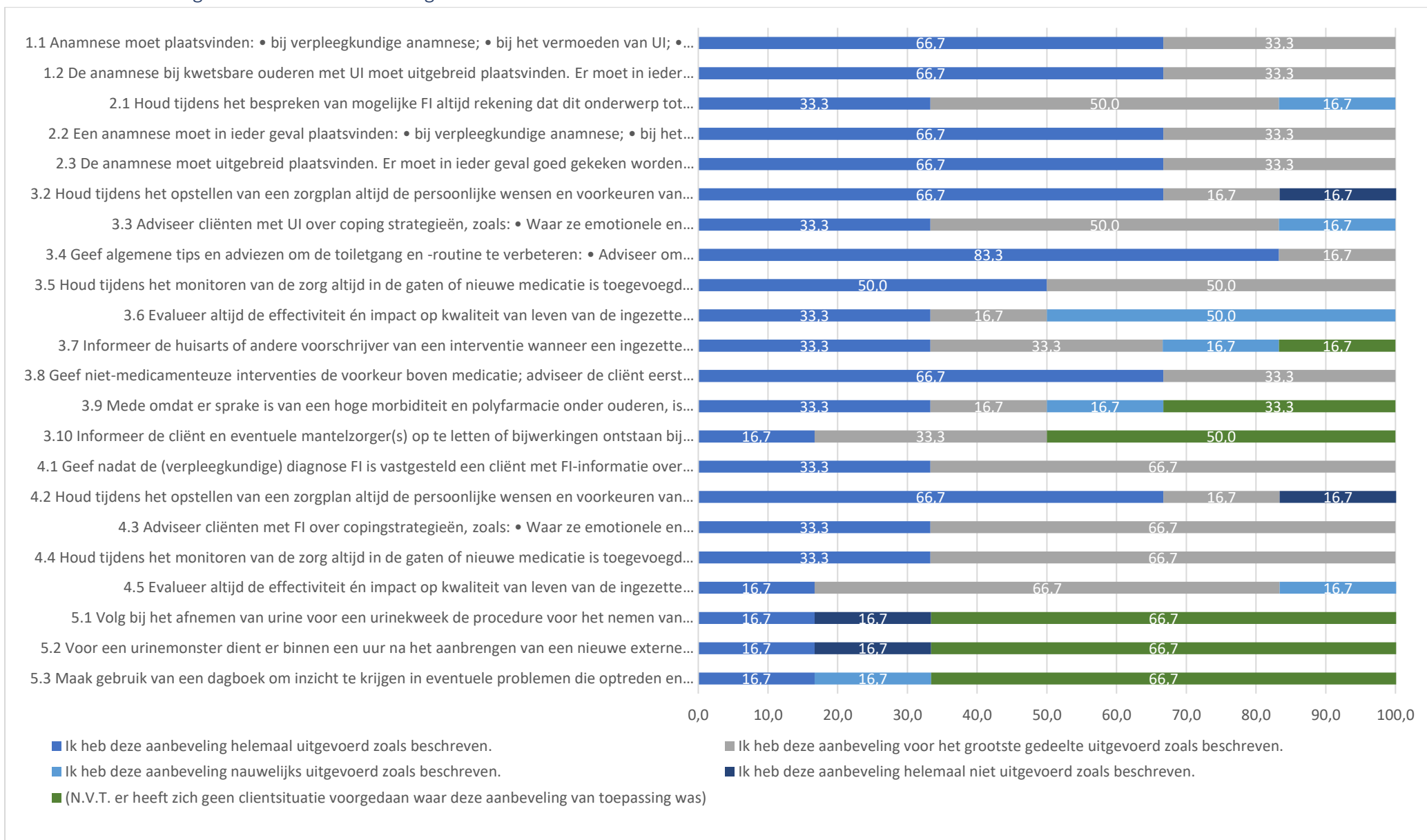
Zoals in onderstaan figuur 4 is te zien gaven de deelnemers aan dat module 1 en 2 over diagnostiek bij urine en fecale incontinentie goed aansloot bij de huidige manier van werken. Ook de modules over behandelinterventies bij urine en fecale incontinentie waren ook goed aansluitend bij de huidige manier van werken. Alleen module 5 over de externe katheter bij mannen leek minder goed aan te sluiten bij de huidige manier van werken, deze uitkomsten waren beduidend lager dan de bij module 1 tot en met 4. Gespecialiseerd verpleegkundigen vonden de werkwijze zoals beschreven in de richtlijn niet sterk afwijken van de manier hoe zij gewend zijn om te werken.

Toepassing van de richtlijn in de praktijk



Figuur 4. Toepassing van de richtlijn in bestaande werkwijze.

Uitkomsten over het gebruik van de aanbevelingen



Figuur 5. Gebruik van de aanbevelingen in de richtlijn.

De aanbevelingen bij module 1 over diagnostiek bij urine incontinentie zijn helemaal of grotendeels uitgevoerd zoals beschreven. Aangezien gespecialiseerd continëntie verpleegkundigen in consult worden gevraagd bij complexere casuïstiek is het logisch dat de anamnese uitgebreid wordt uitgevoerd. Dit is in lijn met eerder beschreven resultaten bij de toepassing van de richtlijn in de praktijk, waarbij duidelijk werd dat de aanbevelingen uit module 1 aansluiten bij de huidige werkwijze van gespecialiseerd continëntieverpleegkundigen. Opvallend is dat het gebruik van aanbeveling 2.1 door 50% gedeeltelijk wordt uitgevoerd en door 17% nauwelijks wordt uitgevoerd zoals beschreven. Het heeft waarschijnlijk te maken de formulering dat anamnese bij fecale incontinentie altijd één op één plaats moet vinden, terwijl er ook een naaste aanwezig zou kunnen zijn bij het gesprek zonder dat de cliënt hier problemen mee heeft. Het uitvoeren van de anamnese en waar de anamnese uit moet bestaan werd door de respondenten grotendeels of volledig toegepast zoals beschreven.

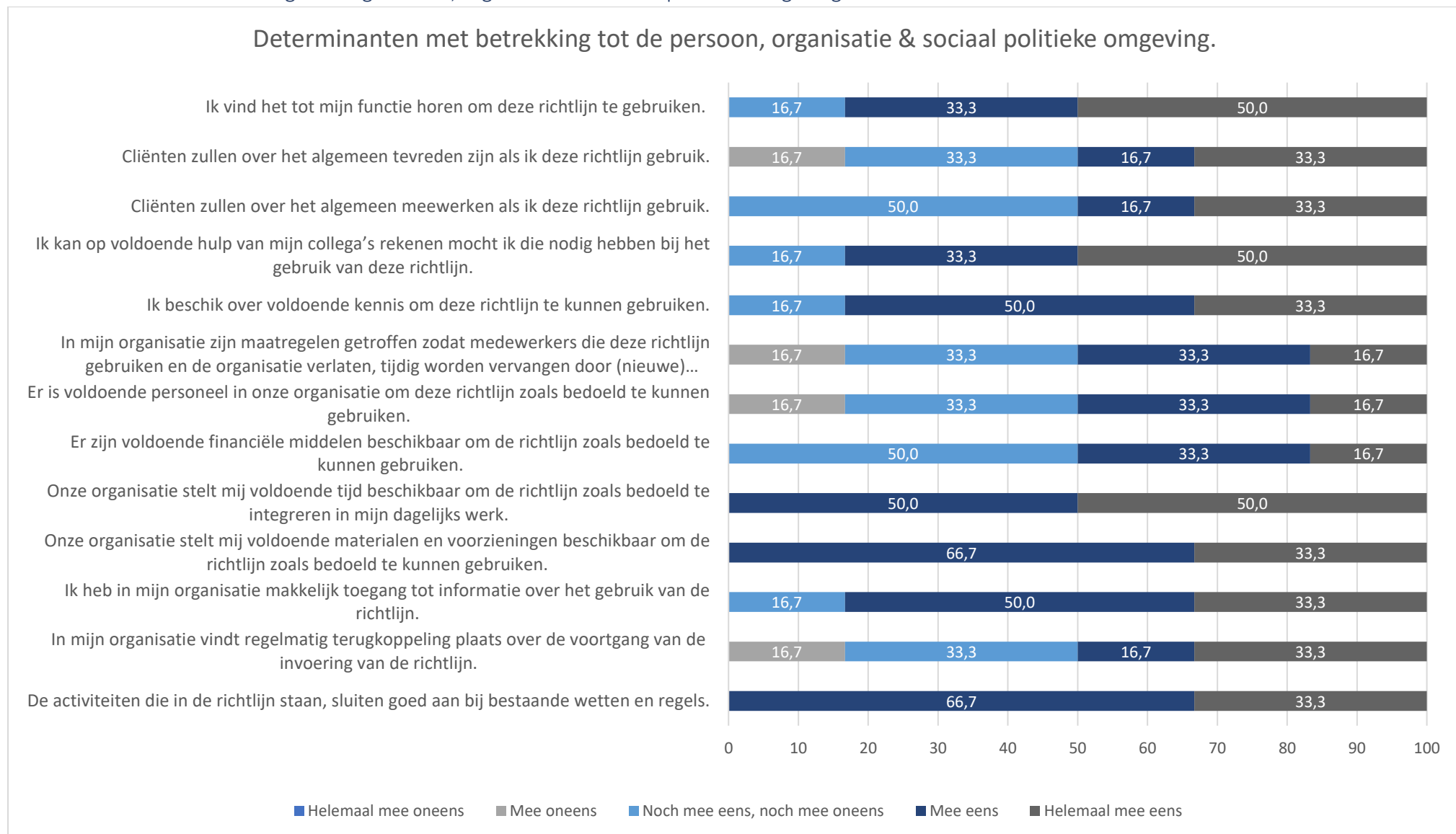
Aanbeveling 3.2 werd door 83% van de respondenten grotendeels of volledig uitgevoerd zoals beschreven. 17% gaf echter aan deze aanbeveling helemaal niet te hebben uitgevoerd zoals beschreven. Het adviseren van coping strategieën zoals aanbevolen bij punt 3.3 werd door de helft van de deelnemers grotendeels gedaan. 17% heeft deze aanbeveling nauwelijks toegepast in de praktijk. Het geven van tips om toiletgang en routine te verbeteren bij aanbeveling 3.4 werd het meeste ingezet door de respondenten bij urine incontinentie. De helft van de respondenten geeft aan tijdens de zorgverlening in de gaten te houden of medicatie gewijzigd is zoals beschreven is bij aanbeveling 3.5. De aanbeveling 3.6 waarbij evaluatie wordt geadviseerd is door 50% van de respondenten nauwelijks uitgevoerd zoals beschreven. De korte tijdsspanne van de proefimplementatie kan hiermee te maken hebben. Deelnemers hebben eerder aangegeven dan evaluatie vaak niet mogelijk was binnen de testperiode omdat interventies ook een tijdje ervaren moesten worden door een client voordat er effect merkbaar zou zijn. Bij aanbeveling 3.7 wordt er wisselend uitvoering gegeven aan deze aanbeveling. Een respondent geeft aan dat deze situatie niet is voorgekomen. Een andere geeft aan deze aanbeveling nauwelijks te hebben uitgevoerd zoals beschreven en 67% geeft aan de aanbeveling grotendeels of gedeeltelijk deze aanbeveling te hebben uitgevoerd zoals beschreven.

67% van de respondenten heeft cliënten geadviseerd om eerst niet medicamenteuze interventies te proberen voordat medicatie zou worden ingezet (aanbeveling 3.8), de overige 33% gaf aan deze aanbeveling grotendeels te hebben uitgevoerd zoals beschreven. Het voorlichten over bijwerkingen werd door 50% niet gedaan omdat de clientsituatie zich niet voordeed tijdens de proefimplementatie.

Bij behandelinterventies van fecale incontinentie werden aanbevelingen over het algemeen grotendeels uitgevoerd zoals beschreven. Alleen aanbeveling 4.2 werd door de meerderheid van de respondenten (67%) volledig uitgevoerd zoals beschreven. Het adviseren van copingstrategieën werd door 67% van de respondenten gedeeltelijk uitgevoerd zoals beschreven.

De aanbevelingen bij de module over de externe katheters bij mannen is grotendeels niet uitgevoerd zoals beschreven omdat de clientsituatie zich niet voorgedaan heeft. Een respondent geeft echter aan de aanbevelingen volledig te hebben uitgevoerd zoals beschreven, wat tegenstrijdig is met eerdere bevindingen. Bij de vraag bij hoeveel cliënten deze module is toegepast wordt door alle respondenten aangegeven dat zij dit bij geen cliënten hebben kunnen toepassen omdat de situatie niet is voorgekomen tijdens de proefimplementatie. Het is onduidelijk hoe deze discrepantie is ontstaan.

Determinanten met betrekking tot de gebruiker, organisatie en sociaal politieke omgeving.

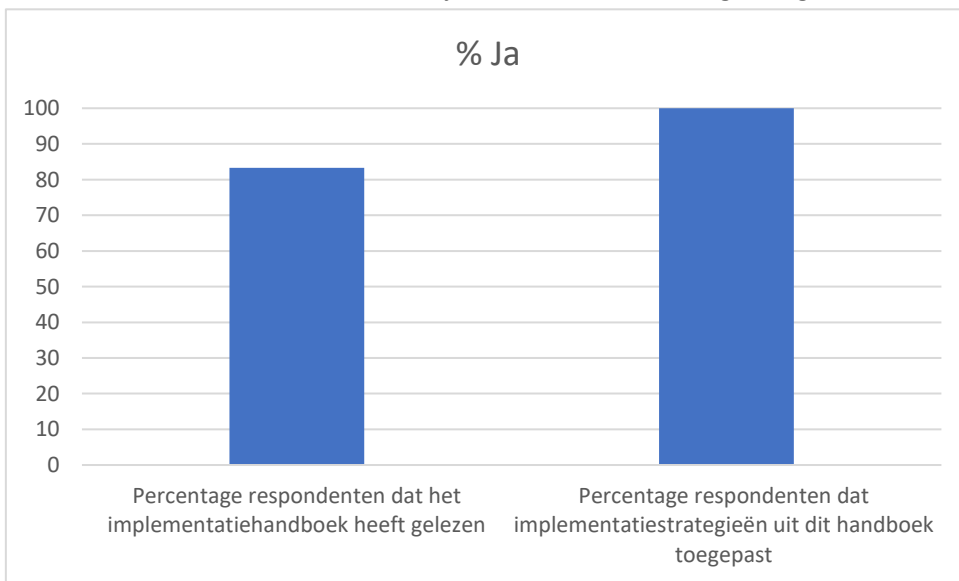


Figuur 6. Determinanten met betrekking tot de persoon, organisatie & sociaal politieke omgeving

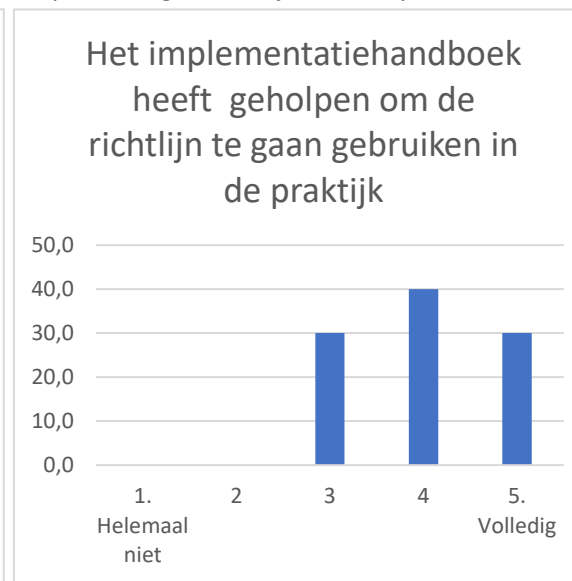
Een respondent geeft aan neutraal te zijn of het gebruik van de richtlijn tot haar functie behoort, andere respondenten zijn hier eenduidig in. Niet alle respondenten zijn ervan overtuigd dat cliënten tevreden zullen zijn als de richtlijn wordt toegepast. 50 % denk wel (helemaal) dat cliënten tevreden zullen zijn. Daarmee is verwacht 50% niet volledig dat cliënten mee zullen werken aan de zorgverlening zoals die beschreven is in de richtlijn. Een respondent verwacht niet veel hulp te krijgen van collega's als zij dat nodig heeft, overige respondenten verwachten dit wel. 5 van de 6 respondenten geeft aan voldoende kennis te hebben om volgens de richtlijn te kunnen werken, een respondent is hier wat minder zeker van. De helft van de respondenten ervaart dat er te weinig vervanging is om volgens de richtlijn te werken wanneer iemand weg gaat of uitvalt waardoor het borgen van de het werken volgens de richtlijn lastiger kan zijn. Ook het kunnen werken volgens de richtlijn kan onder druk staan door onvoldoende personeel. 50% is vrij zeker van dat er voldoende personeel is, de andere 50% is hier twijfelachtig over of oneens met de stelling. Ook over de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen is de helft niet helemaal zeker. Wel geven zij aan dat de organisatie waar zij werkzaam zijn voldoende tijd, voorzieningen en middelen beschikbaar stelt om nieuwe werkwijze in te passen om volgens de richtlijn te kunnen werken. Ook de informatie over het gebruik van de richtlijn is in de organisatie makkelijk te toegankelijk. Terugkoppeling over de invoering van de richtlijn vindt nu nog niet helemaal plaats, aangezien 50% van de deelnemers aangeeft hier geen volledige terugkoppeling over te krijgen. Respondenten zien geen problemen met bestaande wet en regelgeving bij het gebruik van deze richtlijn.

Implementatieactiviteiten en het gebruik van het handboek en logboek

Van de 6 deelnemers hebben vijf het handboek volledig doorgelezen en een respondent gedeeltelijk. Alle respondenten hebben implementatie strategieën

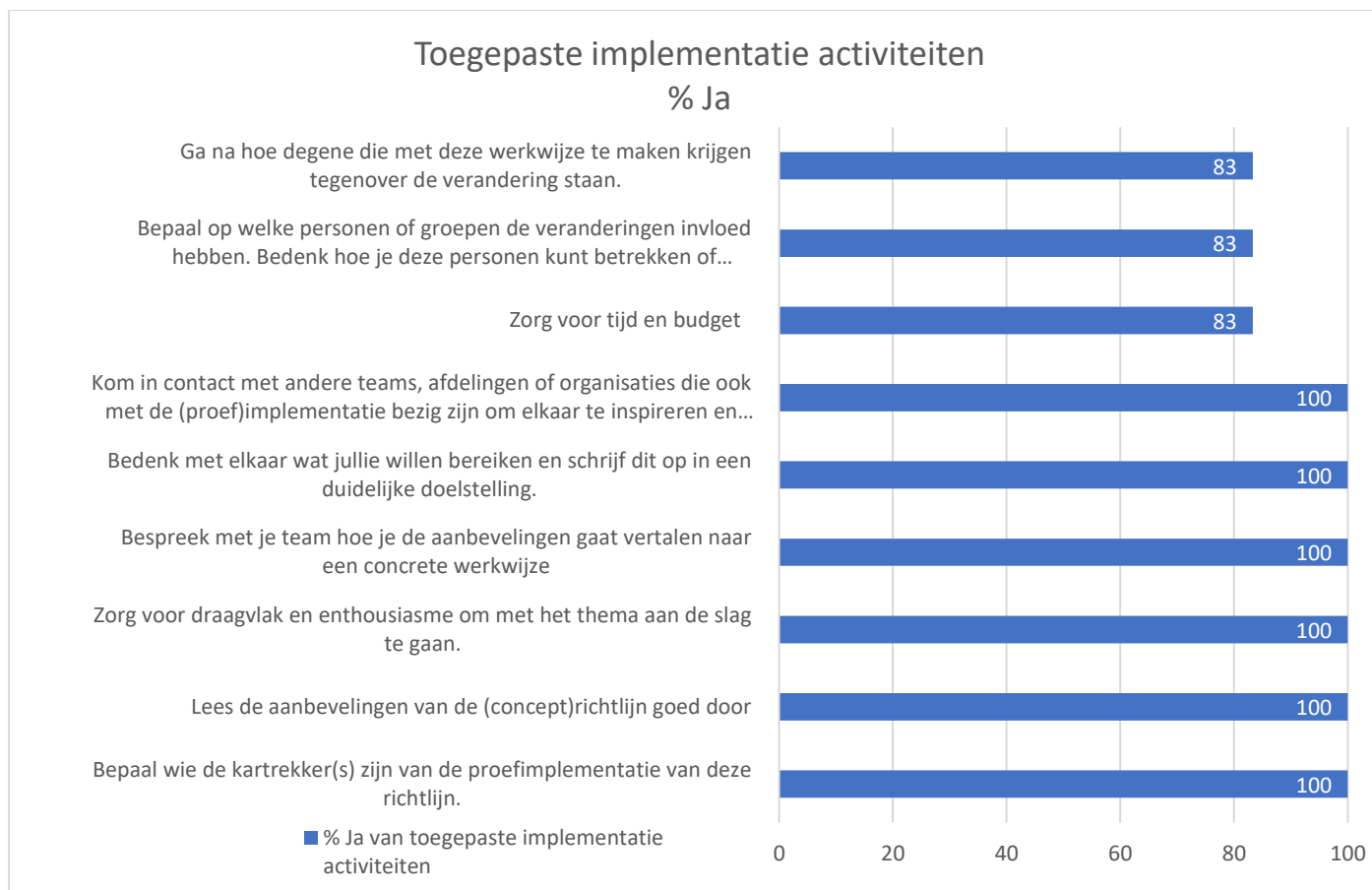


Figuur 7. Percentage respondentent dat het handboek heeft gebruikt.



Figuur 8. Percentage respondentent dat het handboek ondersteunend vond.

in gezet. Deelnemers vonden het handboek ondersteunend bij het in gebruik nemen van de richtlijn. 70% geeft aan het handboek geholpen heeft om de richtlijn te gaan gebruiken in de praktijk.



Figuur 9. Percentage hoe vaak een Implementatie activiteit is in gezet.

De meeste implementatie activiteiten zijn door alle deelnemers ingezet. Alleen het betrekken van de anderen hoe zij tegenover de nieuwe werkwijze staan is niet door iedereen uitgevoerd. Ook het organisatie van de benodigde tijd en budget is niet door alle respondenten uitgevoerd.

4.3 Resultaten van de focusgroepen en interviews

Focusgroepen met zorgverleners

Met drie deelnemers is een focusgroep gehouden. Deze deelnemers waren allen gespecialiseerd continëntie verpleegkundigen werkzaam bij dezelfde zorgorganisatie. Het gesprek heeft online via Teams plaatsgevonden. De volgende thema's kwamen aan bod: algemene ervaringen met de richtlijn, aansluiting met bestaande werkwijze & gebruik van richtlijn per module. Daarnaast is met de twee gestopte wijkverpleegkundigen werkzaam bij dezelfde organisatie een groeps gesprek gehouden. Voorafgaand aan het gesprek hebben deze twee wijkverpleegkundigen wel een vragenlijst ingevuld, waarbij zij per aanbeveling hebben aangegeven of zij deze passend vonden bij de wijkverpleegkundige praktijk. De uitkomsten van deze vragenlijst zijn besproken in het groeps gesprek.

De resultaten van beide focusgroepen zijn hieronder gecombineerd weergegeven. De resultaten zijn onderverdeeld in algemene opmerkingen en de bevindingen per richtlijnmodule.

Algemene ervaringen met de richtlijn

De richtlijn wordt gezien als een enigszins onoverzichtelijk document. Deelnemers hadden bij aanvang van de proefimplementatie vragen over wie nu precies de cliëntendoelgroep van de richtlijn is, omdat zij hier tegenstrijdigheden in zagen staan. Er staat bijvoorbeeld beschreven in de richtlijn dat cliënten met een degeneratieve ziekten niet als doelgroep worden beschouwd. Cliënten met dementie wel, terwijl dit ook een degeneratieve ziekte is. Waarschijnlijk wordt bedoeld dat cliënten met zenuwaandoeningen waarbij blaas- of kringspierfunctie verlies optreedt met als gevolg incontinentie niet tot de doelgroep behoren. De huidige formulering is hierover niet eenduidig.

Daarnaast wordt aangegeven dat het aantal aanbevelingen opvallend hoog is. Veel aanbevelingen worden door de gespecialiseerd continëntie verpleegkundigen als relevant voor hun vakgebied gezien, maar te diepgaand voor een generalistisch wijkverpleegkundige. Ook worden er een aantal onderdelen gemist in de richtlijn. De volgende onderwerpen komen in de richtlijn niet aan bod maar worden wel als relevant beschouwd:

- In de richtlijn wordt geen aandacht besteed aan het gebruik van een blaaskatheter. Deelnemers aan de focusgroepen zien dat het inzetten van een blaaskatheter bij incontinentie nog steeds regelmatig voorkomt, terwijl dit niet altijd nodig is en juist complicaties met zich mee kan brengen. Dit komt nu niet terug in de richtlijn.
- Er wordt geen aandacht besteed aan de rol van verzorgenden. In de oude richtlijn stonden wel aanbevelingen die verzorgenden mee konden nemen in de dagelijkse zorgverlening zoals het op tijd verwisselen van absorberend materiaal en het uitvoeren van huidzorg(10). Voor verzorgenden zijn er in de conceptrichtlijn eigenlijk geen interventies opgenomen die zij kunnen uitvoeren, terwijl zij wel als doelgroep van de richtlijn worden gezien.
- Huidzorg in het algemeen wordt in de richtlijn niet genoemd terwijl dermatitis ten gevolge van incontinentie of smetten vaak voorkomt en veel klachten kan veroorzaken bij cliënten. In de oude richtlijn werden hier wel aanbevelingen over gedaan, dit is in de nieuwe richtlijn niet opgenomen.

Module 1 diagnostiek van urine incontinentie

Aanbevelingen bij deze module worden over het algemeen gezien als onduidelijk beschreven. De afkorting UI geeft al enige verwarring, deze afkorting wordt ook gebruikt voor urineweginfectie en dat zou ook passen binnen de context van deze richtlijn. Het kan onduidelijk zijn of urine incontinentie of urineweginfectie bedoeld wordt.

Aanbeveling 1 over wanneer de anamnese moet plaatsvinden wordt gezien als wat verwarrend. Nu staat er (dubbelop) dat de anamnese plaats moet vinden wanneer er een anamnese plaatsvindt. De deelnemers lijkt het vooral van belang dat bij een algemene anamnese wordt gevraagd of iemand urine incontinentie heeft, dat duidelijk wordt in welke mate de zorgvrager hier last van heeft, en wat wensen en behoeften zijn. Bij aanbeveling 2 van de module wordt aangegeven dat (wijk)verpleegkundigen niet altijd de kennis hebben om de aard van de incontinentie vast te stellen. Om de aard van de continentie vast te stellen wordt vaak een gespecialiseerd verpleegkundige ingeschakeld. Hetzelfde geldt voor beïnvloedende factoren die samenhangen met functionele stoornissen, omgeving, comorbiditeit en medicatiegebruik. Aangegeven wordt dat een wijkverpleegkundige generalistisch werkt en over het algemeen niet de expertise heeft om dit grondig uit te vragen. Tot op zekere hoogte kunnen wijkverpleegkundigen cliënten helpen wanneer zij last ervaren van urine incontinentie, maar bij complexere problematiek zal de expertise ingeroepen moeten worden van een gespecialiseerd continetieverpleegkundige. Daarnaast gaven de deelnemers aan dat het de vraag is of anamnese altijd uitgebreid plaats moet vinden, dit is afhankelijk van de klachten en de last die een client ervaart. Hierbij kan meer aansluiting van wensen en behoeften van cliënten worden gezocht in de formulering van de aanbeveling. Bij de overweeg aanbevelingen (aanbeveling 5) wordt aangegeven de ernst en impact in kaart te brengen. Dit hangt volgens de deelnemers samen met hoe uitgebreid de anamnese uitgevoerd moet worden. Als voorbeeld wordt genoemd wanneer iemand lichte mate van incontinentie ervaart en dit heeft geen impact in het dagelijks leven moet je dan ook een uitgebreide anamnese uitvoeren. Het is de vraag of de inspanning die dit kost van de zorgverlener en cliënt in verhouding is met de uitkomst.

De vragenlijsten die bij de overweeg-aanbevelingen worden genoemd worden niet nader beschreven op een vragenlijst. In bijlage A wordt hier wel een korte uitleg over gegeven. In de aanbeveling staat geen verwijzing hiernaar dus deelnemers hadden deze bijlage niet gevonden en hebben zelf op internet gezocht. Deelnemers gaven aan dat het nu veel tijd en moeite kost om uit te zoeken welke vragenlijst in welke situatie het beste ingezet kan worden. Wijkverpleegkundigen gaven aan dat zij in de situatie zoals beschreven bij aanbeveling 2 van een medisch voorval die incontinentie zou veroorzaken, verslechteren of bij obstipatie een behandelaar of gespecialiseerd verpleegkundige in zou zouden schakelen en hierin niet zelf een anamnese uit zouden voeren.

Module 2 diagnostiek van fecale incontinentie

Deelnemers geven aan dat zij het advies bij aanbeveling 1 om het onderwerp fecale incontinentie één op één met de cliënt te bespreken niet geheel begrijpen. Zij zien in de praktijk juist dat cliënten er veel steun aan kunnen ervaren wanneer een partner aanwezig is bij het gesprek. Zij zouden het passender vinden dat de aanbeveling aanstuurt op waar de client zich comfortabel bij voelt en er aandacht is voor wie bij het gesprek aanwezig is. Ook is niet in alle situaties het mogelijk om een gesprek alleen met een cliënt te voeren vanwege cognitieve problemen zoals dementie. In die situatie is een zorgverlener afhankelijk van naasten om informatie te verkrijgen over de toestand van de cliënt.

Ook bij fecale incontinentie staat bij aanbeveling 2 dat anamnese plaats moet vinden bij de anamnese. Hierbij benoemen de deelnemers dat vermeld zou kunnen worden welke tekenen van beginnend fecale incontinentie er zijn, zoals een veeg in de onderbroek of verlies van winden zodat wat concreter wordt waar verpleegkundigen en verzorgenden op kunnen letten bij de zorgverlening. Wijkverpleegkundigen gaven aan bij fecale incontinentie al snel een behandelaar of gespecialiseerde verpleegkundige in de schakelen om een anamnese uit te voeren. Zij gaven aan dat dit vaak complexe problematiek is waar cliënten veel last van kunnen ervaren. Het ontbrak hen dan aan expertise om de problematiek goed in kaart te brengen zodat de juiste interventies ingezet kunnen

worden. In de richtlijn vinden zij nu geen handvatten wanneer geadviseerd wordt een behandelaar of gespecialiseerd verpleegkundige in te schakelen.

Het advies om de cliënten zelf een arts te laten bellen zou wat genuanceerd moeten worden. Soms kunnen cliënten hun klachten niet helemaal goed verwoorden of bellen ze uit schaamte niet terwijl rectaal bloedverlies een ernstige oorzaak kan hebben. Deelnemers gaven aan dat zij een afweging zouden maken of een cliënt zich goed kan uiten en ook inderdaad zou bellen, wanneer daar twijfel over zou zijn zouden zij aanbieden om samen te bellen of om zelf overleg te hebben met een behandelaar hierover. Ook zouden wijkverpleegkundigen bij langdurig aanhoudende fecale incontinentie eerder met een behandelaar zoals een huisarts in overleg gaan, en niet zelf verwijzen naar een bekkenbodempfysiotherapeut, zoals wordt aanbevolen in de conceptrichtlijn bij aanbeveling 5.

Module 3a niet medicamenteuze interventies

Wijkverpleegkundigen gaven aan dat zij niet snel zelf interventies in zouden zetten om toiletgang of houding te verbeteren of bekkenbodetraining te adviseren. Hiervoor zouden zij eerder verwijzen naar een fysiotherapeut. Wel zouden zij de voorlichting kunnen geven bijvoorbeeld aan de hand van de poster die als bijlage in de richtlijn is toegevoegd. Het oefenen en instrueren van de houding zouden zij bij een fysiotherapeut laten, de richtlijn suggereert meer dat verpleegkundigen zelf dit moeten gaan oefenen.

Deelnemers gaven aan dat zij bij aanbeveling 1 over interventies om leefstijl te verbeteren, informatie missen welke adviezen zij precies zouden moeten geven. Gedurende de focusgroep werd duidelijk dat de leefstijlinterventies bij de overweeg-aanbevelingen in de module weergegeven zijn, omdat deze niet als kernaanbevelingen worden gezien waren deze niet meegenomen bij de proefimplementatie. Deelnemers zouden het duidelijker vinden als naar de leefstijl interventies verwezen wordt in de aanbeveling. Bij het geven van een voedingsadvies zal ook een diëtiste worden ingeschakeld om de juiste expertise op gebied van voeding in te zetten, dit wordt nu niet in de richtlijn benoemd als optie. Deelnemers gaven aan er in de praktijk vaak tegenaan te lopen dat mensen van oudere leeftijd meestal moeilijk te motiveren zijn om bekkenbodemp oefeningen te doen, terwijl dit wel effectief zou zijn in het verminderen van urine verlies. Ook een verwijzing naar een uroloog of gynaecoloog willen veel mensen niet meer, ondanks dat er vaak wel nog dingen mogelijk zijn qua behandeling. De mate van last die cliënten ervaren van de incontinentie speelt een rol in of cliënten een verwijzing willen naar gespecialiseerde zorg.

Deelnemers gaven aan dat nu voor hen niet duidelijk is welke interventies ze in welke situatie het beste in kunnen zetten. De richtlijn maakt geen onderscheid wanneer welke interventies doeltreffend zijn om in te zetten op basis van het soort incontinentie dat cliënten ervaren. Dit zou verpleegkundigen en verzorgenden kunnen helpen in het bepalen van interventies die het beste ingezet kunnen worden. Ook gaven deelnemers aan dat er een onderscheid gemaakt zou moeten worden tussen interventies die een gespecialiseerd verpleegkundige in zou kunnen zetten en welke door een generalistisch (wijk)verpleegkundige of verzorgende uitgevoerd zouden kunnen worden.

Daarnaast geven deelnemers aan dat uitleg gemist wordt over hoe het functiegericht voorschrijven van incontinentiemateriaal in Nederland is georganiseerd. Bijvoorbeeld hoe gaat dat in de samenwerking met een medisch speciaalzaak (die hebben ook vaak gespecialiseerd continëntieverpleegkundigen in dienst) om naar passend materiaal te zoeken met cliënten. Het gebruik van absorberend materiaal is een van de belangrijkste interventies voor mensen met urine incontinentie. Deelnemers gaven aan dat hier nu in de richtlijn te weinig aandacht aan wordt

besteed hoe je mensen kunt helpen om de meest passende oplossing te vinden. Uitleg over wat voor soort materiaal er beschikbaar is en wat je wanneer in zou kunnen zetten zou hierbij helpend zijn.

Aanbeveling 7 staat beschreven dat een voorschrijver moet worden geïnformeerd bij nadelige effecten. Deelnemers zien dit als een wat cryptisch omschreven aanbeveling. Een huisarts wordt niet gezien als een behandelaar die snel niet-medicamenteuze interventies in zal zetten, maar wordt wel als specifiek voorbeeld genoemd. Als het gaat om interventies die bijvoorbeeld met een gespecialiseerd continëntieverpleegkundige zijn afgestemd moet daar een evaluatie van de effectiviteit of terugkoppeling mee plaats vinden. De gespecialiseerd continëntieverpleegkundigen gaven aan dat zij geen terugkoppeling verwachten wanneer de interventies het beoogde effect hebben. Wanneer interventies niet het beoogde effect of geen effect hebben willen zij hier graag een terugkoppeling van krijgen zodat zij andere interventies kunnen overwegen. Dit hoeft dus perse een nadelig effect te zijn om afstemming te zoeken bij evaluatie van de ingezette interventies. Deelnemers geven aan dat het vooral van belang is dat er afspraken over evaluatie en terugkoppeling moeten worden gemaakt met degene die de interventies voorschrijft.

Module 3b medicamenteuze interventies

Deze module roept verschillende vragen op bij de focusgroep deelnemers. Wijkverpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen zijn geen voorschrijvers van medicatie. Deelnemers onderschrijven de aanbeveling dat het goed is dat er eerst niet-medicamenteuze interventies worden ingezet, maar vinden het tegelijkertijd een overweging van een voorschrijver om al dan niet medicatie te starten. De voorschrijver dient te beoordelen of er voldoende is ingezet op niet-medicamenteuze interventies voordat er gestart wordt met medicatie. Ook het monitoren en evalueren van de werking en bijwerkingen van de medicatie is de verantwoordelijkheid van de voorschrijver of verstrekker (apotheker). Gespecialiseerd continëntieverpleegkundigen gaven aan medicatiegebruik uit te vragen bij een cliëntencontact maar hun advies en observaties van de invloed van medicatie op incontinentie altijd terug te geven aan de voorschrijver. De voorschrijver is uiteindelijk degene die bepaald of er wat gewijzigd moet worden in het medicatiegebruik.

Ondanks dat de overweeg aanbevelingen geen onderdeel waren van de proefimplementatie en deze niet getest zijn gedurende de proefimplementatie door de deelnemers willen zij hierop wel reageren. Zij vinden de aanbevelingen bij overweeg een open deur en juist verwarrend vinden. Als verpleegkundige dien je niet te overwegen om een voorschrijver te informeren over onjuist medicatiegebruik, maar dit hoor je altijd te doen (met toestemming van de cliënt). Ook vonden zij het vreemd dat het raadplegen van NHG standaarden en een farmacotherapeutisch kompas bij overweeg aanbevelingen staat. Het voorschrijven van medicatie is iets wat gedaan wordt vanuit een behandelaarsrol en niet vanuit een verpleegkundige rol. De deelnemers gaven aan te begrijpen dat de ontwikkelaars van de richtlijn de informatie ergens vermeld wilden hebben maar dat het geven van de informatie in de vorm van een aanbeveling niet past bij de werkwijze in de wijkverpleging. Bij deze module staan nu geen aanbevelingen waar een (wijk)verpleegkundige naar kan handelen wat past binnen het verpleegkundig vakgebied. Het zou passender zijn als achtergrond informatie bij de richtlijn.

Module 4. Behandelinterventies van fecale incontinentie

Deelnemers gaven aan dat het één op één bespreken van fecale incontinentie met een cliënt niet altijd nodig is. Het is wel van belang om na te gaan waar de cliënt zich prettig bij voelt. Een naaste aanwezig hebben bij het gesprek kan juist ook steun bieden. Over aanbeveling 2 geven deelnemers aan dat de wensen en voorkeuren van de cliënt in gedachten te houden een wat open deur is, ook

geeft de aanbeveling niet echt handvatten hoe je dit het beste zou kunnen doen. Bijvoorbeeld welke gesprekstechnieken goed zijn om toe te passen of hoe je samen beslissen aspecten toe kunt passen. Het adviseren van coping strategieën vinden de deelnemers een goede aanbeveling. Het plannen van reisroutes is iets wat deelnemers niet zelf zouden doen, maar wel kunnen zij het advies geven aan cliënten om dit te doen en adviseren hoe zij dit kunnen aanpakken. Het advies over hoe ze met vrienden kunnen praten mist volgens de deelnemers wat verduidelijking, hoe dit dan aangepakt zou kunnen worden. Deelnemers gaven aan dat zij eerder het advies zouden geven om hun klachten überhaupt met familie of vrienden te bespreken. Over aanbeveling 4 wordt aangegeven dat medicatie wijzigingen die invloed kunnen hebben op incontinentie altijd monitoren niet haalbaar is in de praktijk voor wijkverpleegkundigen. Zij hebben hier niet altijd zicht op en ook niet altijd te expertise om van alle medicatie te weten hoe dit effect heeft op continentie. Gespecialiseerd continetieverpleegkundigen geven aan deze kennis wel te hebben en hier ook specifiek naar vragen bij een consult omdat zij hiervoor zijn opgeleid.

Het inzetten van een meetinstrument of dagboek bij het evalueren van de effectiviteit van de interventies kan ondersteunend zijn. Wat betreft de meetinstrumenten zou het helpen als er beschreven zou worden wat de meetinstrumenten precies meten en wanneer en bij welke doelgroep het beste welk instrument gebruikt kan worden. De algemene tips bij urine incontinentie en fecale incontinentie zijn wel toepasbaar voor (wijk)verpleegkundigen. Daarnaast zou het goed zijn dat er aandacht is voor obstipatie omdat dit vaak ook een probleem is bij continentie omdat het overloop diarree kan veroorzaken.

Male External Condom Catheter (MECC)

De aanbevelingen over het afnemen van urine via een externe katheter worden niet toegepast in de praktijk. Volgens de deelnemers komt dit in de wijk niet voor. Het inzetten van externe katheters gebeurt soms wel, maar doorgaans is het niet haalbaar om het meten en opstarten van de zorg met de MECC katheter bij wijkverpleegkundigen te beleggen omdat zij dit te weinig doen waardoor de bekwaamheid ontbreekt. Indien een wijkverpleegkundige niet de expertise heeft om dit goed uit te voeren kan dit beter bij een gespecialiseerd verpleegkundige worden belegd of bij een adviseur van een medisch speciaalzaak. Zij kunnen het materiaal goed aanmeten waardoor de wijkverpleging hier vervolgens mee kan gaan werken. De deelnemende gespecialiseerd continetieverpleegkundigen gaven aan liever een verwijzing naar de richtlijn externe katheters bij volwassen mannen uit 2021 te zien. Deze richtlijn is vollediger op dit gebied en nu zijn de aanbevelingen . De wijkverpleegkundigen gaven aan nog niet eerder met dit materiaal gewerkt te hebben. Zij zouden ook graag expertise op dit gebied inroepen voor de keuze en inmeten van het materiaal.

4.4 Interviews met cliënten

Er zijn drie cliënten geïnterviewd die zorg hebben gehad volgens de richtlijn continentie bij (kwetsbare) ouderen. De interviews hebben telefonisch plaatsgevonden. Het betrof twee vrouwen die last hebben van urine incontinentie en een man die last heeft van fecale incontinentie ten gevolge van darmtumoren waarvoor geen behandeling meer mogelijk is. Allen hadden een huisbezoek gehad van een gespecialiseerd continetieverpleegkundige. De twee vrouwelijke cliënten gaven aan dat zij niet precies meer wisten hoe de afspraak met de continetieverpleegkundige tot stand was gekomen en wie dit had georganiseerd. De mannelijke cliënt had eerder contact gehad met de continetieverpleegkundige en had via de

wijkverpleegkundige een nieuwe afspraak georganiseerd omdat het materiaal dat hij gebruikte niet meer passend was bij zijn situatie.

Alle drie de cliënten gaven aan dat er eerst een gesprek was waarbij er vragen gesteld werden over incontinentie en welke klachten zij wanneer ervoeren. Bij de mannelijke cliënt is ook een vragenlijst afgenomen om de fecale incontinentie te bespreken en in kaart te brengen. Bij alle drie de cliënten is het incontinentiemateriaal dat zij gebruikten besproken. De twee vrouwelijke cliënten hadden een proefpakketje ontvangen van incontinentiemateriaal om uit te proberen welk materiaal zij het liefst zouden willen gebruiken. Een vrouwelijke cliënt gaf aan dat met haar behandelopties voor continentie zijn besproken. Een van die opties was het advies om bekkenbodemoefeningen te doen. De bekkenbodemoefeningen voerde mevrouw niet uit omdat zij dit lastig vond in haar dagelijkse routine wanneer ze de deur uit wou. Bij navraag wist mevrouw eigenlijk niet hoe deze oefeningen gedaan moesten worden en waar deze uit bestonden. Zij had hier geen uitleg over gehad, waardoor mw. de aanname had dat het een soort sportoefeningen zouden zijn die te intensief zouden zijn voor haar. Daarnaast is ook met mevrouw besproken hoe zij in de nacht ervoor kan zorgen dat zij veilig en snel naar het toilet kan komen. Mw. ging het continentiemateriaal proberen en heeft later materiaal besteld via de continëntieverpleegkundige. Zij was erg tevreden met de oplossing en ervoor geen belemmeringen in haar dagelijks leven meer door de urine incontinentie. De tweede vrouwelijke cliënt gaf aan niet precies meer te weten wat er in het gesprek allemaal was besproken. Zij kon zich geen adviezen of behandelopties herinneren die met haar besproken waren. Zij had wel een proefpakketje van incontinentiemateriaal gekregen en had materiaal gekozen dat zij wilde gaan gebruiken. Dit kon zij bestellen bij de continëntieverpleegkundige. Er was voor zover mevrouw wist geen afstemming geweest met een behandelaar of andere zorgverlener.

De mannelijke cliënt had eerder een huisbezoek gehad van dezelfde continëntieverpleegkundige vanwege fecale incontinentie. Vanwege verslechtering van zijn gezondheidssituatie was het materiaal dat hij gebruikte ontoereikend geworden. Via de wijkverpleegkundige is toen een afspraak met de continëntieverpleegkundige gemaakt om dit te bespreken. Meneer ervoer geen schaamte om dit met de continëntieverpleegkundige te bespreken omdat dit nu eenmaal bij het ziektebeeld hoorde. Ook had hij eerder prettig contact met haar gehad. Er was een vragenlijst bij hem afgenomen, deze paste echter niet bij zijn situatie. Er stonden ook vragen in die gingen over continentie in combinatie met reizen of vakantie. Aangezien dhr. niet meer beter wordt verwachtte hij niet nog op reis te gaan. Daarnaast had dhr. nuttige tips gekregen over hoe hij makkelijk het materiaal kon verwisselen. Dhr. had geen voedingsadvies gekregen. Hier was eerder met hem naar gekeken vanuit het ziekenhuis. Wel kreeg hij het advies om snel aan de bel te trekken wanneer hij last van obstipatie kreeg om zo een totale verstopping te voorkomen. De continëntieverpleegkundige zou nog contact hebben met de wijkverpleegkundige over het gesprek en de ingezette acties. Dit vond dhr. fijn, dat er goede afstemming was tussen de zorgverleners onderling.

Alle drie de cliënten gaven aan het een heel prettig gesprek te hebben gevonden waarin zij alle ruimte kregen om vragen te stellen. De continëntieverpleegkundigen kwamen professioneel over en hadden veel expertise waardoor cliënten zich op hun gemak voelden om hun klachten zonder schaamte te bespreken. Voor de cliënt met fecale incontinentieklachten was het een tweede keer dat hij een continëntieverpleegkundige sprak. Waar de cliënten ook erg tevreden over waren was de snelheid waarmee ze geholpen werden en waarmee zij incontinentiemateriaal ontvingen. Hiermee hadden zij een oplossing voor de klachten die zij ervoeren.

4.5 Interview met manager

Er een manager geïnterviewd. Zij is leidinggevende van de gespecialiseerd verpleegkundigen binnen de deelnemende VVT organisatie, waarvan de continetieverpleegkundigen hebben deelgenomen aan de proefimplementatie. Zij was op de hoogte van deelname en zij is op de hoogte van wat een richtlijn is en gedeeltelijk van de inhoud van de richtlijn continetie bij (kwetsbare ouderen). Het thema continetie is binnen de organisatie op de kaart gezet met het opleiden van stomaverpleegkundigen. Reden hiervoor was de behoefte aan expertise op het onderwerp, later werden dit gespecialiseerde continetie verpleegkundigen. Als een belangrijk voordeel van deze specialisatie wordt gezien dat zij zelfstandig materiaal mogen voorschrijven. Als risico van het inzetten van gespecialiseerd verpleegkundigen werd benoemd dat de kennis bij de generalistische verpleegkundigen weg gaat. Daarom is de afspraak dat wijkverpleegkundigen eerst een periode de klachten proberen te verminderen en daarna pas een continetieverpleegkundige in te schakelen. Er kunnen wel altijd vragen gesteld worden bij de continetieverpleegkundigen waardoor er wordt gezorgd voor kennisvergroting binnen de organisatie.

Gebruik van richtlijnen in de organisatie

Binnen de zorgorganisatie is de expertrol die de gespecialiseerde continetie verpleegkundigen hebben cruciaal om nieuwe richtlijnen te gebruiken. Zij houden in de gaten of er nieuwe richtlijnen zijn en passen deze toe in de praktijk. Sinds kort is er ook een nieuwe aanpak in de organisatie uitgerold om zorgverleners meer zeggenschap te geven over hoe het verpleegkundig proces vorm te geven. Voor iedere stap in het zorgproces, van intake, zorgverlening tot evaluatie zijn expertgroepjes opgericht. In deze expertgroep zitten mensen van verschillende opleidingsniveaus. Zij zijn verantwoordelijk voor het bijhouden en beschrijven van het werkproces. Zij bepalen dus ook welke screenings worden gedaan bij een intake, en zij krijgen tijd binnen hun contract om deze werkzaamheden uit te voeren. Een Chief Nursing Officer denkt mee in de inhoud van het zorgproces. In het verleden was er een kwaliteitshandboek waarin alle richtlijnen in PDF klaargezet werden. Documenten worden nu online op drive gezet waar mensen makkelijker de informatie kunnen vinden. Ook wordt er veel aandacht besteed aan met makkelijker aanbieden van kennis in de vorm van stroomschema's en praktische werkinstructies. Volledige richtlijnen worden weinig gelezen door zorgverleners. Daarnaast is er ook een leerlijn met leermodules beschikbaar waar richtlijnen in terug komen. Ook worden casuïstiekbesprekingen gehouden waarbij het gebruik van richtlijnen terug komt voor specifieke cliëntsituaties.

Randvoorwaarden

De manager gaf aan het vooral belangrijk te vinden dat zorgverleners de richtlijn makkelijk kunnen inpassen in de werkprocessen in de praktijk. De nieuwe werkwijze met het gebruik van expertgroepen maakt in ieder geval duidelijk wie verantwoordelijk is voor het bijhouden van nieuwe richtlijnen en het gebruik van richtlijnen binnen het zorgproces. Een vaste structuur helpt bij het gebruik van richtlijnen in het algemeen. Doordat er tijd gealloceerd is binnen de contracturen van zorgverleners in de expertgroepen kan deze ook daadwerkelijk worden ingezet. Dit helpt om de taken uit te voeren zodat deze werkzaamheden niet verzanden. De expertise van de continetie verpleegkundigen is hierin ook belangrijk omdat zij inhoudelijke kennis hebben over hoe zij de aanbevelingen vanuit de richtlijn kunnen toepassen in de praktijk.

De digitale ondersteuning vanuit het ECD om de zorginformatie op te slaan kan in beperkte mate worden aangepast. Een profiellijst (dit is een vragenlijst ingebouwd in het ECD, informatie kan dan direct in het ECD worden geraadpleegd) kan bijvoorbeeld voor dit thema gemaakt worden om een anamnese voor incontinentie te beschrijven. Er wordt een afweging gemaakt of er een profiellijst (die binnen het ECD ingevuld kan worden) wordt aangemaakt. Per thema wordt gekeken of een

profiellijst noodzakelijk is, waarbij wordt voorkomen dat er een wildgroei aan profiellijsten ontstaat. Daarnaast is er altijd een mogelijkheid om een formulier digitaal in te vullen en als bijlage op te slaan in het ECD. Nadeel is dat de informatie dan beschikbaar is als los bestand, waardoor deze moeilijker terug te vinden en aan te passen is.

5. Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat de informatie en aanbevelingen in de richtlijn voor een groot gedeelte te specifiek zijn voor generalistische (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden. Daardoor sluit de conceptrichtlijn niet helemaal goed aan bij de beoogde doelgroep. De richtlijn lijkt nu vooral relevant te zijn voor gespecialiseerd verpleegkundigen. Voor verzorgenden staan er nu zelfs geen aanbevelingen in die zij kunnen toepassen in hun dagelijks werk. Ondanks dat veel aanbevelingen relevant zijn voor gespecialiseerd incontinentieverpleegkundigen worden zij als doelgroep niet echt genoemd in de richtlijn. Vaak zijn er bij medisch speciaalzaken ook gespecialiseerd incontinentieverpleegkundigen werkzaam die geconsulteerd kunnen worden voor de inzet van continentiemateriaal. De samenwerking tussen de (wijk)verpleegkundige en de gespecialiseerd continentieverpleegkundigen en eventuele behandelaar wordt nu gemist in de richtlijn. Het algemene beeld dat de vragenlijst schets is dat er vrij goed volgens de aanbevelingen in de richtlijn kon worden gewerkt. Een kanttekening die hierbij geplaatst moet worden is dat 5 van de 6 respondenten gespecialiseerd continentieverpleegkundigen waren met de kennis en expertise om de aanbevelingen uit te voeren. De andere deelnemers aan de proefimplementatie hebben de vragenlijst niet ingevuld omdat zij voortijdig zijn afgehaakt omdat het hen niet lukte om zorgverlening te implementeren zoals beschreven in de richtlijn.

De manier van formuleren wordt door de deelnemers aan de proefimplementatie niet altijd duidelijk bevonden, waardoor niet helder is wat zij precies moeten doen. Ook maakt de hoeveelheid aanbevelingen de richtlijn groot qua omvang wat als overweldigend wordt ervaren door de deelnemers van de proefimplementatie. Veel informatie wordt wel weergegeven, maar de koppeling tussen de verschillende modules, diagnostiek en interventies, mist. Een voorbeeld hiervan is dat er bij module 3 en 4 aanbevolen wordt om leefstijl adviezen te geven. Welke adviezen dit zijn staat hier niet bij vermeld. Bij de overweeg aanbevelingen staan wel leefstijladviezen, maar onduidelijk is of dat nu de leefstijl adviezen zijn die vanuit de “doen” aanbevelingen worden bedoeld.

Door de omvang van het document en de modules was het voor wijkverpleegkundigen zoeken wat relevant was voor hun vakgebied en wat nu echt van belang is om te doen bij cliënten met incontinentie. Dit komt enerzijds door de hoeveelheid aanbevelingen, maar ook doordat er interventies die als belangrijk worden gezien bij de “overweeg” aanbevelingen staan. De richtlijn was om deze redenen voor generalistische wijkverpleegkundigen niet goed te implementeren in de praktijk. Gespecialiseerde continentieverpleegkundigen konden de richtlijn wel gebruiken in de praktijk. Aanbevelingen voor implementatie zijn daarom vooral gericht op het aanpassen van de richtlijn zelf om hem implementeerbaar te maken binnen de wijkverpleegkundige praktijk.

6. Advies over implementatiestrategieën

Onderstaande implementatiestrategieën worden geadviseerd op basis van de bevindingen die tijdens de proefimplementatie zijn opgedaan. Hierbij is dezelfde onderverdeling van determinanten aangehouden zoals bij de MIDI(8). Per groep van determinanten zullen strategieën worden weergegeven die ingezet kunnen worden om zowel de richtlijn als de context waarin deze geïmplementeerd zal worden positief te beïnvloeden. Hierbij is gebruik gemaakt van de determinanten zoals genoemd in de MIDI vragenlijst en het CFIR-framework met daarop aansluitende implementatiestrategieën vanuit het ERIC-framework(5, 6)

6.1 Geadviseerde implementatiestrategieën met betrekking tot de innovatie zelf

Algemeen

- Maak het document gebruiksvriendelijker voor de doelgroep. Dit kan gedaan worden door onderscheid te maken tussen wat voor (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden relevant is en wat voor gespecialiseerd verpleegkundigen relevant is.
- Daarnaast zou de module over medicamenteuze interventies en de MECC uit de richtlijn gehaald kunnen worden omdat deze voor de doelgroep van de richtlijn, (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden, niet relevant zijn. (wijk)verpleegkundigen zijn geen voorschrijvers van medicatie en hebben daarom geen invloed op het medicatiebeleid. Informatie over medicatie bij incontinentie kan opgenomen worden als aanvullende informatie maar niet in de vorm van een aanbeveling. Er kan verwezen worden naar andere relevante documenten zoals de richtlijn medicatietrouw of de richtlijn externe katheters bij volwassen mannen door de EAUN en CV&V uit 2021(11). Ook kan relevante informatie
- Ook zouden de modules over urine en fecale incontinentie opvolgend weergegeven kunnen worden zodat in de tekst de diagnostiek en daarbij behorende interventies elkaar logischerwijs opvolgen.

Module 1. Diagnostiek bij urine incontinentie

- Maak het kiezen van een meetinstrument eenvoudiger door bij de aanbeveling te beschrijven waar het meetinstrument voor gebruikt kan worden en wanneer en bij welke doelgroep het meetinstrument ingezet kan worden.
- Geef bij de aanbevelingen aan wanneer wijkverpleegkundigen de expertise van een gespecialiseerd continetieverpleegkundige of behandelaar in zouden moeten schakelen om een (aanvullende) anamnese uit te voeren of wanneer informatie verkregen uit de anamnese reden is om een behandelaar of gespecialiseerd verpleegkundige in te schakelen.
- Herformuleer aanbeveling 1. Deelnemers vinden het vooral van belang dat bij een intake of evaluatie nagegaan wordt of een cliënt last heeft urine incontinentie en in welke mate. Verwijs bij de aanbeveling naar de definities van verschillende vormen van urine incontinentie. Neem hierbij naast de definitie ook de etiologie van de verschillende vormen van urine incontinentie op.

Module 2. Diagnostiek bij fecale-incontinentie

- Pas aan dat het bespreken van fecale-incontinentie altijd één op één plaats moeten vinden. De nadruk zou meer moeten liggen op het rekening houden met eventuele schaamtegevoelens van de cliënt bij het bespreken van fecale incontinentie. Hierbij dient nagegaan te worden of de cliënt zich comfortabel voelt bij het bespreken van de klachten in aanwezigheid van anderen/ naasten. Naasten kunnen ook een waardevolle bron van informatie zijn, zeker bij dementerende cliënten.

- Geef bij de aanbevelingen aan wanneer wijkverpleegkundigen expertise van een gespecialiseerd continëntieverpleegkundige of behandelaar in zouden moeten schakelen om een (aanvullende) anamnese uit te voeren.
- Maak bij de aanbeveling over de anamnese onderscheid tussen wat bij een anamnese van een wijkverpleegkundige en wat door een gespecialiseerd verpleegkundige uitgevraagd zou moeten worden.
- De aanbeveling over het advies aan een cliënt om contact op te nemen met de huisarts zou anders geformuleerd kunnen worden. Het is nu beperkt tot alleen dit advies, van belang is om ook de afweging te maken of een cliënt dit ook daadwerkelijk zou doen of kunnen. Aangezien fysieke klachten, zoals rectaal bloedverlies, symptomen van ernstige aandoeningen zouden kunnen zijn is het belangrijk dat een behandelaar hierover geïnformeerd wordt. Verpleegkundigen kunnen ook aanbieden om zelf de huisarts te bellen of samen met de cliënt te bellen om er zeker van te zijn dat een arts wordt geïnformeerd over deze symptomen.

Module 3a. Niet medicamenteuze interventies bij urine incontinentie

- Voeg informatie toe over het gebruik van continentiemateriaal waaronder hoe het voorschrijfproces van absorberend materiaal in Nederland geregeld is en soorten en toepassing van absorberend materiaal.
- Voeg informatie toe over huidklachten en huidzorg bij incontinentie. Dit wordt niet nu niet benoemd, terwijl dit wel veel voorkomt en cliënten hier veel last van kunnen hebben. Ook zijn dit interventies die verzorgenden kunnen uitvoeren.
- Voeg uitgangspunten van 'Samen Beslissen' toe. Cliënten en zorgverleners gaven aan dat cliënten niet altijd de wens hebben om behandeling of onderzoeken te ondergaan. Het is daarom van belang om met cliënten samen te besluiten wat nog wel en niet ingezet gaat worden aan zorgverlening.
- Benoem welke interventies precies ingezet kunnen worden om de leefstijl te verbeteren. Waarschijnlijk zijn dit veel van de aanbevelingen die bij overweeg staan. Het advies is om dit in een tabel of overzicht te zetten en hiernaar te verwijzen in de module. Dit maakt duidelijker dat dit de leefstijladviezen zijn en verminderd tegelijkertijd het aantal aanbevelingen in de richtlijn.
- De Hoge Nood App en medische pas voor het gebruiken van een toilet worden niet genoemd bij in te zetten strategieën om reisroutes te plannen. Dit zijn bekende hulpmiddelen en zouden nog toegevoegd kunnen worden.
- Verander bij aanbeveling 1 de formulering in het geven van voorlichting over toiletgang/houding, leefstijladvies & het belang van bekkenbodemoefeningen. Benoem wanneer het inschakelen van een fysiotherapeut gepast is voor bekkenbodetraining of toilethouding. Zo ook voor het inschakelen van een diëtiste bij vocht- en voedingsproblematiek.
- Verwijder aanbeveling 5 over het monitoren van nieuwe medicatie die van invloed is op het mictiepatroon aangezien dit niet haalbaar is de praktijk voor wijkverpleegkundigen. Er is niet altijd zicht op het medicatiegebruik van cliënten. Daarnaast is dit ook een verantwoordelijkheid van de voorschrijver of de verstrekker om medicatiegebruik en bijwerkingen te monitoren.
- Herformuleer de aanbeveling over het informeren van een huisarts of andere voorschrijver bij nadelige effecten een interventie. De essentie is dat er afspraken zijn gemaakt over de

evaluatie van een interventie met een voorschrijver, en dat zou in een aanbeveling kunnen staan.

Module 3b. Medicamenteuze interventies bij urine incontinentie

- Verwijder deze module uit de richtlijn. De aanbevelingen die bij 'Doen' staan behoren niet tot de verantwoordelijkheid van (wijk)verpleegkundigen. De informatie over bijwerkingen zou opgenomen kunnen worden in de richtlijn als achtergrond informatie zodat deze bijwerkingen eventueel geobserveerd kunnen worden. Aanbevelingen 4 en 5 die bij overweeg staan, zijn algemene uitgangspunten binnen de zorgverlening en niet specifiek voor zorg bij incontinentie.

Module 4. Behandelinterventies voor fecale incontinentie

- Adviseer om bij fecale incontinentie laagdrempelig de expertise van een gespecialiseerd continëntieverpleegkundigen of behandelaar in te schakelen bijvoorbeeld om behandelopties te bespreken. Dit staat nu bij de overweeg aanbevelingen, maar zou eerder bij de 'Doen' aanbevelingen moeten worden vermeld omdat de impact die fecale incontinentie heeft op ouderen als erg groot wordt ervaren.
- Verwijder aanbeveling 4 over het monitoren van nieuwe medicatie die van invloed is op het defecatiepatroon aangezien dit niet haalbaar is de praktijk voor wijkverpleegkundigen. Er is niet altijd zicht op het medicatiegebruik van cliënten. Daarnaast is dit ook een verantwoordelijkheid van de voorschrijver of de verstrekker om medicatiegebruik en bijwerkingen te monitoren.
- Aanbeveling 10 over handelingen die uitgevoerd kunnen worden door verpleegkundigen, maar door voorschrijvers wordt voorgeschreven kan als achtergrondinformatie worden vermeld bij de module. Dit heeft geen aanbeveling tot handelen voor verpleegkundigen of verzorgenden.

Module 5. MECC- externe katheters voor mannen

- Verwijder deze module uit de richtlijn en neem een verwijzing op naar de richtlijn Externe katheters bij volwassenen mannen van European Association of Urology Nurses en V&VN continëntieverpleegkundigen & verzorgenden uit 2021 (11).

6.2 Implementatiestrategieën met betrekking tot de gebruiker

De volgende implementatie strategieën worden geadviseerd aan V&VN en de ontwikkelaars van de richtlijn:

- Door de richtlijn aan te passen zoals voorgesteld zal de richtlijn beter aansluiten bij het wijkverpleegkundig werkveld in daar makkelijker te gebruiken zijn door de doelgroep.
- Het ontwikkelen van ondersteunend materiaal waarin kort en bondig het zorgproces weergegeven wordt van anamnese en in te zetten interventies zou zorgverleners in de wijkverpleging helpen om zorg bij continëntie makkelijker te implementeren. Denk hierbij aan het maken van een Infographic of stroomdiagram waarin wordt weergegeven hoe verschillende fasen in het verpleegkundig proces elkaar opvolgen bij zorg voor cliënten met incontinentie. Dit wordt bij voorkeur apart uitgewerkt voor urine incontinentie en fecale incontinentie. Ook dient bij deze uitwerking een onderscheid tussen verschillende zorgverleners gemaakt te worden zoals een wat hoort bij het vakgebied van een verzorgende, een verpleegkundige, een wijkverpleegkundige, een gespecialiseerd verpleegkundige of een verpleegkundig specialist en wanneer dient samenwerking tussen de zorgverleners gezocht te worden.

- De verwachting is dat er een kennistekort zal zijn bij (wijk)verpleegkundigen om de aard van urine incontinentie te bepalen en te bepalen welke interventies het beste aansluiten bij deze problematiek. Educatieve strategieën zouden hierop ingezet kunnen worden zoals het organiseren van klinische lessen of het volgen van een e-learning. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van expertise van gespecialiseerd continetieverpleegkundigen.
- Ontwikkel of voeg informatiemateriaal toe voor cliënten waarin wordt uitgelegd hoe zij bekkenbodemoefeningen kunnen uitvoeren.
- Ontwikkel of voeg informatiemateriaal toe over wat voor soort absorberend materiaal er verkrijgbaar is, hoe het voorschrijfproces van dit materiaal in Nederland geregeld is en voor welk materiaal je in welke situatie het beste kunt kiezen.
- Verpleegkundigen kunnen zelf het initiatief nemen om de richtlijn op planmatige wijze te implementeren. Een voorbeeld van ondersteunend materiaal hiervoor is het [implementatiehandboek van het programma ZorgEvaluatie en Gepast Gebruik](#), echter is dit handboek geschreven voor de ziekenhuiszorg. Een vertaling naar de wijkverpleging zou een mooie volgende stap zijn, echter voert dat te ver voor deze proefimplementatie.

6.3 Geadviseerde implementatiestrategieën met betrekking tot de organisatie

- Zorgorganisaties kunnen implementatie stimuleren door gespecialiseerd continetieverpleegkundigen aan te stellen. Ook het inzetten van aandachtsvelders die als expert op het gebied van incontinentie kunnen fungeren zouden helpen bij het implementeren van de aanbevelingen die meer specifieke kennis vragen over incontinentie.
- Het faciliteren van educatie zoals het laagdrempelig beschikbaar stellen van e-learning modules door zorgorganisaties zou helpen bij verkleinen van het kennistekort over incontinentie.

6.4 Geadviseerde implementatiestrategieën met betrekking tot de sociaal politieke omgeving

Er zijn geen determinanten gesignaleerd binnen de sociaal politieke omgeving die de implementatie van de richtlijn bemoeilijken. Er wordt wel geadviseerd om de richtlijn continetie te zien in relatie tot andere (concept)richtlijnen. Het is onduidelijk of bijvoorbeeld is nagegaan of de aanbevelingen in de concept V&VN richtlijn obstipatie zijn afgestemd om te voorkomen dat er wisselende of tegenstrijdige aanbevelingen worden gegeven.

Literatuur

1. Halfens RJG, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke prevalentiemeting zorgproblemen rapportage resultaten 2015. Maastricht University: Maastricht, The Netherlands. 2016.
2. Du Moulin MFMT. Urinary incontinence in primary care: diagnosis and interventions. 2008.
3. Verkaik R, Schröder-Baars C, Crijns M, Mulder H-J. Implementatie van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen'. 2012.
4. Job van 't Veer EW, Monica Veeger & Remko van der Lugt. Ontwerpen voor zorg en welzijn. Bussem: Uitgeverij Coutinho; 2023.
5. Powell BJ, Waltz, T.J., Chinman, M.J. et al. . A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Sci* 2015;10, 21.
6. Waltz TJ, Powell, B.J., Fernández, M.E. et al. . Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. *Implementation Sci*. 2019;14, 42 (2019).
7. Flottorp SA, Oxman, A.D., Krause, J. et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Sci*. 2013;8(13).
8. Buuren MFTPPVDSV. Towards a measurement instrument for determinants of innovations *International Journal for Quality in Health Care*. 2014;26(5):501-10.
9. Damschroder LJ, Reardon, C.M., Widerquist, M.A.O. et al. . The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. . *Implementation Sci* 2022;17(75).
10. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland; Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging. Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. Utrecht2010.
11. European association of urology nurses & Continentie verpleegkundigen en verzorgenden Externe Katheters bij volwassen mannen,. Urine katheter managment, condoomkatheter, externe katheter, Uritip2021.