

Revalidatiecentra

Verzorging bij urinelozing en stoelgang

Werkgroep Infectie Preventie
Vastgesteld: juli 2009
Revisie: juli 2014

Aan de samenstelling van deze richtlijn werd, behalve door leden en medewerkers van de WIP, bijgedragen door: de heer dr. G.I. Andriess (arts-microbioloog), Amphia Ziekenhuis, Breda; de heer drs. J.M. Kruitbosch (revalidatiearts), Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht; mevrouw M. van Rijen (hygiënist), Amphia Ziekenhuis, Breda en mevrouw N. Tuinman (coördinerend verpleegkundige), De Vogellanden, Centrum voor Revalidatie, Zwolle.

Dit document mag vrijelijk worden vermenigvuldigd en verspreid mits de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) als bron wordt vermeld.

Controleer altijd of dit de meest recente versie van de richtlijn is (zie www.wip.nl). De WIP acht zich na het verschijnen van een update niet meer verantwoordelijk voor gedateerde versies van de richtlijn.

Opmerkingen over deze richtlijn ontvangen wij graag via stwip@wip.nl.

DISCLAIMER

De geplande revisiedatum van deze richtlijn is verlopen. Dit kan betekenen dat de richtlijn (op onderdelen) niet meer up-to-date is. De gebruiker dient daarom zelf na te gaan of deze richtlijn nog up-to-date is.

Werkgroep Infectie Preventie
p/a Leids Universitair Medisch Centrum
Kamer C7-P-131
Postbus 9600
2300 RC Leiden
T 071 52 66 756
E stwip@wip.nl
I www.wip.nl

Inhoudsopgave

1	Algemene voorzorgsmaatregelen	1
2	Urethra-verblijfskatheters	1
2.1	Algemene uitgangspunten voor urethra-verblijfskatheters.....	1
2.2	Beperking van het gebruik van urethra-verblijfskatheters.....	1
2.3	Indicatiestelling	1
2.4	Alternatieven voor een urethra-verblijfskatheter.....	2
2.5	Katheterisatieduur.....	3
2.6	Keuze van materialen	3
2.7	Urine-opvangzak	5
2.8	Het inbrengen van een urethrakatheter	6
2.9	Verzorging van de revalidant met een urethra-katheter	7
2.10	Het legen van de urine-opvangzak	8
2.11	Vervangen van het urine-opvangsysteem.....	9
2.12	Afnemen van een urinemonster	9
2.13	Afvoer van gebruikte urine-opvangsystemen.....	9
3	Feces	9
3.1	Manueel verwijderen van feces	9
3.2	Rectumcanules en klysma's.....	10
4	Stoma's	10
Bijlage A.	Literatuur	12

1 Algemene voorzorgsmaatregelen

☞ De basis voor infectiepreventie bij de uitvoering van de in deze richtlijn beschreven handelingen is altijd gelegen in naleving van de algemene voorzorgsmaatregelen, zoals door de Werkgroep Infectiepreventie beschreven in de richtlijnen *Persoonlijke hygiëne medewerkers*, *Infecties medewerkers*, *Handhygiëne*, *Persoonlijke beschermingsmiddelen* en *Accidenteel bloedcontact algemeen*.

2 Urethra-verblijfskatheters

2.1 Algemene uitgangspunten voor urethra-verblijfskatheters

De hoofdstukken over de urethra-verblijfskatheter komen uit de WIP-richtlijn: *Preventie van infecties als gevolg van blaaskatheterisatie via de urethra*. De richtlijn Gecompliceerde urineweginfecties van de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) beschrijft het gebruik van antibiotische profylaxe [1].

Op grond van de pathofysiologie en de risicofactoren voor een urineweginfectie bij een revalidant met een verblijfskatheter is een aantal algemene uitgangspunten te formuleren voor de preventie.

- Het gebruik van urethra-verblijfskatheters moet zoveel mogelijk worden beperkt in aantal en in duur van gebruik.
- Het drainagesysteem moet gesloten zijn.
- De verblijfskatheter moet op aseptische wijze worden ingebracht.
- Er moet gezorgd worden voor een onbelemmerde afvoer van urine uit de blaas via het drainagesysteem

2.2 Beperking van het gebruik van urethra-verblijfskatheters

☞ Het gebruik van urethra-verblijfskatheters moet zoveel mogelijk worden beperkt.

Motivatie: Door geen urethra-verblijfskatheter te gebruiken wordt de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van een urineweginfectie in het revalidatiecentrum geëlimineerd.

Beperking van het gebruik kan worden bereikt door een strikte indicatiestelling te hanteren voor het inbrengen van een urethra-verblijfskatheter en wanneer er een indicatie is, zo mogelijk alternatieven te gebruiken. In verscheidene onderzoeken naar het gebruik van verblijfskatheters in ziekenhuizen is het oordeel dat 20 tot 50% van de katheters zijn ingebracht zonder een gerechtvaardigde indicatie [2,3].

2.3 Indicatiestelling

☞ Juiste indicaties voor blaaskatheterisatie zijn:

- Afvoerbelemmering van urine uit de blaas leidend tot een groot urineresidu in de blaas.
- Het monitoren van de urineproductie onder niet peri-operatieve omstandigheden wanneer de revalidant niet in staat is op verzoek geregeld te urineren.
- Toedienen van medicamenten in de blaas.
- De verzorging van terminale revalidanten.

- ☞ Incontinentie voor urine is geen terechte indicatie voor een verblijfskatheter.
Bij incontinentie voor urine is het gebruik van incontinentiemateriaal als eerste aangewezen. Wanneer de revalidant met incontinentie voor urine een open perineale of sacrale wond heeft, kan de toepassing van een verblijfskatheter wel gerechtvaardigd zijn.
- ☞ Preventie van decubitus is geen terechte indicatie voor een verblijfskatheter.
Motivatie: Er is geen onderzoek waaruit blijkt dat het ontstaan van decubitus kan worden voorkomen door het inbrengen van een blaaskatheter. Er zijn wel beschrijvingen van revalidanten bij wie een urethrakatheter de oorzaak van decubitus is [4].
- ☞ Voor residubepaling kan tegenwoordig van modernere middelen gebruik worden gemaakt dan eenmalige blaaskatheterisatie, zoals een echografische methode [5].

2.4 Alternatieven voor een urethra-verblijfskatheter

Alternatieven voor een urethra-verblijfskatheter zijn incontinentiemateriaal, de condoomkatheter en intermitterende katheterisatie.

2.4.1 Incontinentiemateriaal

- ☞ Bij revalidanten met incontinentie voor urine verdient het gebruik van vochtabsorberende middelen (luiers) de voorkeur boven een urethra-verblijfskatheter.
Motivatie: Door het gebruik van incontinentiemateriaal in plaats van een verblijfskatheter wordt de belangrijkste risicofactor voor het optreden van een urineweginfectie vermeden.

De revalidant moet geregeld droog incontinentiemateriaal krijgen. De frequentie van vervangen hangt af van de urineproductie. Uitgangspunt is dat alle urine geabsorbeerd moet worden, zodat de huid van de revalidant steeds droog blijft.

2.4.2 Condoomkatheter

- ☞ Bij mannen met incontinentie voor urine is een condoomkatheter een geschikt alternatief voor het gebruik van luiers of een urethra-verblijfskatheter.
Motivatie: Door het gebruik van een condoomkatheter in plaats van een verblijfskatheter wordt de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van een infectie vermeden.

Een condoomkatheter mag niet te strak zitten of te wijd zijn en moet dagelijks worden vervangen. De condoomkatheter kan op een eenvoudige urineopvangzak met aftappunt worden aangesloten.

2.4.3 Intermitterende katheterisatie

Intermitterende katheterisatie is het meerdere keren per dag inbrengen van een blaaskatheter. Nadat de blaas leeg is gelopen wordt de katheter direct verwijderd.

Indicaties voor intermitterende katheterisatie zijn:

- gestoorde lediging van de blaas;
- monitoring van de urineproductie;
- voorkomen van overrekking van de blaas rondom operaties.

In het revalidatiecentrum is alleen de eerste indicatie aan de orde. Bij patiënten met gestoorde lediging van de blaas wordt intermitterende katheterisatie langdurig toegepast als alternatief voor een verblijfskatheter. Vaak voert de patiënt zelf de katheterisatie uit of wordt dit door een familielid gedaan.

In een systematische review is nagegaan of bepaalde praktijken de voorkeur verdienen met oog op de preventie van urineweginfecties. Vergeleken werden steriele (steriele handschoenen, steriele katheter, steriele opvangzak en aseptische techniek) en schone katheterisatietechniek (schone handschoenen of geen bij zelfkatheterisatie, schoon reinigingsmiddel en schone opvangzak), met glijmiddel gecoate katheters en niet-gecoate katheters met een apart glijmiddel, eenmalig gebruik van steriele katheters of herhaald gebruik van tussendoor gereinigde katheters, zelfkatheterisatie en katheterisatie door een ander [6]. Er is onvoldoende bewijs om van een van de genoemde praktijken te zeggen dat die tot meer of minder infecties leidt. Het is dus niet mogelijk om op grond van de beschikbare onderzoeken de voorkeur uit te spreken voor één van de genoemde methoden van intermitterende katheterisatie.

- Voor intermitterende katheterisatie die door het personeel wordt uitgevoerd in het revalidatiecentrum gelden dezelfde voorzorgsmaatregelen als bij verblijfskatheterisatie (zie paragraaf 2.1).

2.5 Katheterisatieduur

- ☞ Wanneer een urethra-verblijfskatheter wordt toegepast, moet dit voor zo kort mogelijke duur zijn.

Motivatie: De katheterisatieduur is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van een urineweginfectie bij een revalidant met een urethra-verblijfskatheter.

Het risico op een infectie is 5% per katheterisatiedag bij gebruik van een gesloten drainagesysteem [7].

2.6 Keuze van materialen

2.6.1 Katheter

- ☞ De diameter van de katheter moet zo klein mogelijk zijn, zonder dat echter de afvoer van urine wordt belemmerd

Motivatie: Door een katheter met zo klein mogelijke diameter te nemen, is er minder kans op traumatische beschadiging van de urethra. De diameter van de blaaskatheter wordt uitgedrukt in Charrière (1 Ch. = 1/3 mm diameter). De gebruikelijke maten lopen van Ch 12 tot Ch 26. In het algemeen zal Ch 14 tot 18 voldoen bij heldere urine. Wanneer gruis of bloedstolsels aanwezig zijn zal voor een hogere Ch worden gekozen.

Afhankelijk van de omstandigheden kan, zoals in onderstaande tabel wordt weergegeven, uit diverse soorten katheters een keus worden gemaakt. Er zijn, voor de beperkte gebruiksduur van 10 dagen waarop deze richtlijn is gebaseerd, geen argumenten om vanuit het oogpunt van infectiepreventie of het voorkomen van beschadiging van de urethra voorkeur te geven aan een bepaald type katheter. De keuze wordt bepaald door gebruikersgemak en indicatie[8]. Tabel 2 geeft een overzicht van de verschillende typen katheters en hun toepassing, zoals aangegeven door de fabrikant.

Tabel 2: Soorten katheters en hun toepassing

Soort	Formaat	Indicatie	Voor en/of nadeel	Bijzonderheden
PVC of plastic katheter	groot lumen	eenmalige katheterisatie of intermitterende katheterisatie	goedkoop, maar neigt snel tot korstvorming	-
Polytetrafluorethyleen (PTFE) beklede latexkatheter	klein lumen	kortdurende katheterisatie (< 7 dagen)	is zacht en irriteert het slijmvlies minder snel	niet geschikt voor patiënt met latexallergie
Latexkatheter, gesiliconiseerd	klein lumen	eenmalige katheterisatie of korte verblijfsduur (< 7 dagen)	siliconenlaag vereenvoudigt inbrengen en helpt beschadiging binnenwand urethra te voorkomen	niet geschikt voor patiënt met latexallergie
Latexkatheter met hydrogel coating op binnen- en buitenzijde	klein lumen	middellange verblijfsduur*	er hoeft geen glijmiddel te worden gebruikt	niet geschikt voor patiënt met latexallergie
Elastomeerkatheter met siliconenlaagje op binnen- en buitenzijde	klein lumen	korte verblijfsduur (< 7 dagen)	irriteert het slijmvlies minder snel en incrusteert minder snel, kan langer in situ blijven dan PFTE-katheter	niet geschikt voor patiënt met latexallergie
100% Siliconenkatheter	groot lumen	lange verblijfsduur (> 14 dagen)	verstopt minder snel en kan tot 2 maanden in situ blijven	

* Verblijfsduur afhankelijk van de fabrikant

- ☞ Voor eenmalige katheterisatie van maximaal een dag, wordt bij voorkeur een gesiliconiseerde latexkatheter gebruikt.

Motivatie: De siliconenlaag vereenvoudigt het inbrengen van de katheter en helpt beschadiging van de binnenwand van de urethra te voorkomen.

- ☞ Voor verblijfskatheterisatie met een verwachte duur van langer dan 10 dagen, heeft een 100% siliconenkatheter de voorkeur.

Voor verblijfskatheterisatie langer dan 10 dagen zijn latexkatheters minder geschikt, omdat urine latex aantast.

- ☞ Met zilver gecoate katheters hebben geen meerwaarde t.o.v. niet-gecoate katheters wat betreft de preventie van urineweginfectie.

Motivatie: Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische review [9] (klik op het brievenbusicoon om de systematische review in te zien).



2.7 Urine-opvangzak

- ☞ De urine-opvangzak moet voorzien zijn van een soepele, niet gemakkelijk te knikken slang met een lengte van circa 1 meter.

Motivatie: Zorg dragen voor een onbelemmerde afvoer van urine. Achterblijven van urine in de blaas is een belangrijke stap in het ontstaan van een urineweginfectie.

- ☞ Ter hoogte van de aansluiting van de slang aan de zak, mag de urineafvoer geen belemmering ondervinden.

Motivatie: Zorg dragen voor een onbelemmerde afvoer van urine. Achterblijven van urine in de blaas is een belangrijke stap in het ontstaan van een urineweginfectie.

- ☞ De urine-opvangzak moet voorzien zijn van een lekvrij monsterafnamepunt, zo dicht mogelijk bij de katheteraansluiting.

Motivatie: Gesloten houden van het drainagesysteem. Verbreking van het drainagesysteem kan bacteriën de gelegenheid geven in het systeem te komen, een eerste stap op weg naar een urineweginfectie.

Alleen in situaties waarin geen onderzoek van urine nodig zal zijn, mag een urine-opvangzak zonder afnamepunt worden gebruikt.

- ☞ De urine-opvangzak moet voorzien zijn van een terugslagklep.

Motivatie: Verhindert terugstromen van urine uit de opvangzak naar de blaas. Door terugstromen van urine door het drainagesysteem kunnen bacteriën meegevoerd worden naar de blaas wat een belangrijke stap is in de pathofysiologie van een urineweginfectie.

- ☞ De urine-opvangzak moet een capaciteit van tenminste 1500 ml hebben

Motivatie: Verhindert terugstromen van urine uit de opvangzak doordat die overvuld is geraakt. Door terugstromen van urine door het drainagesysteem kunnen bacteriën meegevoerd worden naar de blaas wat een belangrijke stap is in de pathofysiologie van een urineweginfectie.

- ☞ De urine-opvangzak moet een goede bevestigingsmogelijkheid hebben, zowel voor de bedlegerige als voor de mobiele revalidant

Motivatie: Een goede bevestigingsmogelijkheid maakt het mogelijk dat de urine-opvangzak steeds in de juiste positie kan worden opgehangen, dat wil zeggen beneden het niveau van de blaas.

- ☞ De urine-opvangzak moet voorzien zijn van een aftapkraan

Motivatie: De aanwezigheid van een kraan maakt het mogelijk de urine-opvangzak te legen zonder dat de continuïteit van het drainagesysteem wordt verbroken. Verbreking van het drainagesysteem kan bacteriën de gelegenheid geven in het systeem te komen, een eerste stap op weg naar een urineweginfectie.

- ☞ De urine-opvangzakken hoeven niet steriel te zijn.

Motivatie: Het mag worden aangenomen dat urine-opvangzakken niet zijn gecontamineerd met micro-organismen die pathogeen zijn voor de urinewegen. De uit de Verenigde Staten afkomstige urine-opvangzakken zijn wel steriel, overeenkomstig een aldaar geldend voorschrift. Dit voorschrift is niet in Nederland van toepassing. Daarom kan gekozen worden voor de goedkopere niet-steriele opvangzakken.

- ☞ De urine-opvangzakken moeten degelijk verpakt zijn en stofvrij worden opgeslagen

Motivatie: Op deze wijze wordt voorkomen dat de urine-opvangzakken gecontamineerd raken met bacteriën.

2.8 Het inbrengen van een urethrakatheter

- ☞ Voor het inbrengen van een urethrakatheter wordt een steriel werkveld gecreëerd.
- ☞ Bij mannen wordt de glans penis driemaal schoongemaakt met behulp van wattenproppen.
- ☞ Bij vrouwen wordt de urethraopening na spreiden van de kleine schaamlippen driemaal schoongemaakt met wattenproppen.
- ☞ Elke wattenprop wordt maar eenmaal gebruikt.
- ☞ De wattenproppen zijn gedrenkt in steriel water of leidingwater uit een flink stromende kraan.

De wattenproppen moeten niet te nat worden gemaakt, om te voorkomen dat water via de handen terugstroomt.

- ☞ Bij de vrouw gebeurt het schoonmaken van de urethraopening van boven naar beneden.
- ☞ Voor het inbrengen van de katheter wordt bij mannen de urethra eerst ingespoten met minimaal 5 ml glijmiddel, tenzij een katheter met hydrogel coating wordt gebruikt.
Gebruik van glijmiddel bij de vrouw is niet noodzakelijk, in verband met de korte urethra.
- ☞ Voordat wordt begonnen met het inbrengen van de urethrakatheter worden de handen ingewreven met handalcohol.
- ☞ Wanneer de katheter met de hand wordt ingebracht, worden steriele handschoenen gedragen.
- ☞ Wanneer de katheter met een pincet of gebruikmaking van de verpakkingshoes wordt ingebracht, worden niet-steriele handschoenen gedragen
- ☞ Bij het inbrengen mag de kathetertip niet in contact komen met de omgeving.
- ☞ Wanneer de katheter in contact komt met de omgeving, mag de katheter niet meer worden gebruikt.
- ☞ Na beëindiging van het inbrengen van de katheter wordt handhygiëne toegepast.

Motivatie: Alle aanbevelingen die hierboven zijn gegeven ten aanzien van het inbrengen van een verblijfskatheter, beogen te voorkomen dat bacteriën in de blaas komen bij het inbrengen van de verblijfskatheter. Wanneer bij het inbrengen van de katheter bacteriën in de blaas worden gebracht is direct al de kiem gelegd voor het ontstaan van een urineweginfectie.

2.9 Verzorging van de revalidant met een urethra-katheter

- ☞ De volwassen revalidant met een urethrakatheter moet een dusdanige vochtinname hebben dat de urineproductie bij voorkeur minstens 1,5 tot 2 liter per dag bedraagt.

Motivatie: Een ruime vochtinname zorgt voor een veel urinevorming, waardoor het spoelmechanisme om bacteriën uit de blaas te verwijderen zo optimaal mogelijk functioneert.

- ☞ De uitwendige genitaliën en het gebied rondom de urethramonding moeten dagelijks worden gereinigd met water en eventueel zeep.

Motivatie: Ophoping van secreet rond de urethramonding bevordert kolonisatie met bacteriën.

- ☞ Verzorging van de uitwendige genitaliën met een desinfecterende vloeistof of zalf is niet effectief

Motivatie: Een systematische review van zes onderzoeken waarin schoon maken van de uitwendige genitaliën met verschillende desinfecterende of antimicrobiële agentia werd vergeleken met gewone reiniging met water en zeep vond geen vermindering van de frequentie van de aanwezigheid van bacteriën in de urine door het gebruik van desinfecterende of antimicrobiële agentia (“epic-Developing national evidence-based guidelines for preventing health care associated infections. Technical report part A. [http:// www.epic.tvu.ac.uk](http://www.epic.tvu.ac.uk)”).

- ☞ De urethrakatheter en afvoerslang worden op het bovenbeen of buik van de revalidant gefixeerd.

Motivatie: Zorg dragen voor een onbelemmerde afvoer van urine. Achterblijven van urine in de blaas is een belangrijke fase in het ontstaansproces van een urineweginfectie. De locatie van fixatie wordt bepaald door de revalidatiearts.

- ☞ De urethrakatheter en afvoerslang mogen niet onder spanning staan.

Motivatie: Zorg dragen voor een onbelemmerde afvoer van urine. Achterblijven van urine in de blaas is een belangrijke fase in het ontstaansproces van een urineweginfectie.

- ☞ De urine-opvangzak moet altijd beneden het niveau van de blaas zijn bevestigd.

Motivatie: Verhindert terugstromen van urine uit de opvangzak naar de blaas. Door terugstromen van urine door het drainagesysteem kunnen bacteriën meegevoerd worden naar de blaas wat een belangrijke stap is in de pathofysiologie van een urineweginfectie.

- ☞ De urine-opvangzak moet voldoende hoog van de vloer hangen, dit wil zeggen dat geen contact met de vloer of voeten van verzorgers optreedt, ook niet wanneer het bed in de laagste stand staat.

Motivatie: Het aftapkraantje van de opvangzak is de toegangsweg naar het gesloten drainagesysteem. Als dit kraantje met de vloer in aanraking komt, wordt het gecontamineerd en bestaat de kans dat micro-organismen via deze toegangsweg in het gesloten systeem terechtkomen.

- ☞ De blaas wordt niet routinematig gespoeld met desinfectans of antibiotica .

Motivatie: Routinematig spoelen van de blaas met een desinfectans of antibioticum leidt niet tot minder urineweginfecties [10].

Bij revalidanten die in het revalidatiecentrum korter dan 10 dagen worden gekatheteriseerd, is het gebruik van een katheterafsluiter niet toegestaan. Dit is wel toegestaan bij revalidanten die langdurig (langer dan 10 dagen) worden gekatheteriseerd, mits de afsluiter bestaat uit een kraantje, dat gemakkelijk tussen de katheter en het drainagesysteem kan worden geplaatst.

Voordeel hiervan is dat bij blaastraining van het dicht te draaien kraantje gebruik kan worden gemaakt, zonder dat daarbij het gesloten katheter-drainagesysteem wordt onderbroken.

2.10 Het legen van de urine-opvangzak

- ☞ De urine-opvangzak wordt zo vaak gelegeerd als nodig is om te voorkomen dat de maximale capaciteit van de zak wordt overschreden.

Motivatie: Verhinderen van terugstromen van urine uit de opvangzak doordat deze te vol is geraakt. Door terugstromen van urine door het drainagesysteem kunnen bacteriën meegevoerd worden naar de blaas wat een belangrijke stap is in de pathofysiologie van een urineweginfectie.

- ☞ Bij het legen van de urine-opvangzak worden handschoenen gedragen. Deze hoeven niet steriel te zijn.

Motivatie: Met het dragen van handschoenen wordt de kans verkleind dat micro-organismen, in spatten urine, op de handen van de medewerker komen en via de handen naar andere revalidanten worden verspreid.

- ☞ Na het legen wordt het uiteinde van het aftapkraantje gedesinfecteerd met alcohol 70%.

Motivatie: Na het aftappen kan urine achterblijven, dat als bron van besmetting kan fungeren.

- ☞ Wanneer dezelfde medewerker bij meerdere revalidanten achtereen de urine-opvangzakken leegt, worden voor iedere revalidant schone handschoenen aangetrokken.

Motivatie: De handschoenen kunnen bij het legen van de urine-opvangzak zijn gecontamineerd met in spatten urine aanwezige micro-organismen.

- ☞ Voor de opvang van de urine wordt bij het legen van de urine-opvangzak een grote maatbeker, geen bekkentje, gebruikt.

Motivatie: Door de geringe hoogte van een bekkentje is de kans op opsprengen van de urine in een bekkentje groter dan in een maatbeker. Ook is het moeilijk een vol bekkentje zonder morsen te legen.

- ☞ Per revalidant wordt een schone maatbeker genomen, die na gebruik wordt gereinigd en gedesinfecteerd in een bedpanspoeler.

Motivatie: Een maatbeker kan tijdens het legen van de urine-opvangzak in aanraking komen met het aftapkraantje. Als per revalidant geen schone maatbeker wordt gebruikt, kunnen langs deze weg micro-organismen van de ene naar de andere revalidant worden overgebracht.

- ☞ Na het legen van de urine-opvangzak en het uittrekken van de handschoenen worden de handen gewassen of ingewreven met handalcohol.

Motivatie: Het dragen van handschoenen is geen alternatief voor het reinigen of inwrijven met handalcohol van de handen.

2.11 Vervangen van het urine-opvangsysteem

Het urine-opvangsysteem bestaat uit de urethrakatheter en urine-opvangzak.

- ☞ Het opvangsysteem wordt niet routinematig vervangen, maar alleen bij verstopping door gruis of bloedstolsels in de katheter, bij lekkage van het systeem, of als het vies gaat ruiken.

Motivatie: Onnodige manipulaties, met alle risico's van dien, moeten worden voorkomen.

- ☞ Beenzakken zijn niet wenselijk in het revalidatiecentrum

Motivatie: Beenzakken voldoen niet aan de voor een urine-opvangzak gestelde eisen.

2.12 Afnemen van een urinemonster

- ☞ Het afnamepunt voor bemonstering wordt gedesinfecteerd met alcohol 70%

Motivatie: Voorkomen dat bacteriën door het aanprikken in het drainagesysteem worden gebracht.

- ☞ Urine wordt afgenomen door met een steriele naald met spuit het afnamepunt aan te prikken en de benodigde hoeveelheid urine op te zuigen.

Motivatie: Gesloten houden van het drainagesysteem. Verbreking van het drainagesysteem kan bacteriën de gelegenheid geven in het systeem te komen, een eerste stap op weg naar een urineweginfectie.

NB: Er zijn urinekatheters die een naaldloos afnamesysteem voor urine hebben.

2.13 Afvoer van gebruikte urine-opvangsystemen

- ☞ Een afgekoppelde urine-opvangzak wordt geleegd in de bedpanspoeler.

Ideaal is daarbij het gebruik van een bedpanspoeler die is uitgerust met een voorziening om de urine-opvangzak automatisch open te snijden.

- ☞ Een lege urine-opvangzak kan worden afgevoerd als huishoudelijk afval.

3 Feces

3.1 Manueel verwijderen van feces

- ☞ Bij het manueel verwijderen van feces worden niet-steriele handschoenen en een vochtwerend schort gedragen.

- ☞ Na afloop wordt handhygiëne toegepast.

3.2 Rectumcanules en klysma's

- ☞ Bij het aanbrengen van een rectumcanule of het toedienen van een klysma worden niet-steriele handschoenen en een vochtwerend schort gedragen. Bij voorkeur worden wegwerphulpmiddelen gebruikt.

4 Stoma's

De zorg voor de stoma, anus praeternaturalis (colo-/ileostoma) of urethra praeternaturalis (urostoma), is in eerste instantie gericht op het voorkomen van lekkage en huiddefecten.

4.1.1 Stoma-hulpmiddelen

- ☞ Bij ileostoma of een stoma op het colon ascendens worden zakjes met een afvoer en een sluitclip gebruikt.

Bij deze stoma's wordt dunne ontlasting geproduceerd. De zakjes met afvoer kunnen in het toilet worden gelegegd. Zakjes met afvoer hebben de voorkeur boven gesloten systemen.

- ☞ Urostomiezakjes moeten voorzien zijn van een terugslagventiel en een afvoerkraantje.

Motivatie: Het ventiel voorkomt dat urine uit de opvangzak terugstroomt naar de stoma. Via het afvoerkraantje kan het afvoerkraantje gelegegd worden; 's nachts kan er een "nachtzak" aan het kraantje worden gekoppeld.

- ☞ Minstens één keer per dag wordt een schoon stomazakje genomen.
- ☞ Gordels en bandages waarmee stomahulpmiddelen extra stevig bevestigd worden, moeten wasbaar zijn conform de WIP-richtlijn: *Linnengoed*.

4.1.2 Stomaverzorging

De onderstaande aanbevelingen gelden voor de verzorging van zowel de anus praeternaturalis (colo-/ileostoma) als de urethra praeternaturalis (urostoma).

- ☞ Bij het verzorgen van de stoma worden (niet-steriele) handschoenen en een vochtwerend schort gedragen.
- ☞ Trek na afloop de handschoenen uit en pas handhygiëne toe.
- ☞ Het vervangen van stomahulpmiddelen vindt plaats op een onderlegger. Dat kan een schone handdoek of een wegwerponderlegger zijn.
- ☞ Het opvangzakje wordt van boven naar beneden verwijderd. Druk de huid voorzichtig met een nat gaasje los van de huidplaat. Leg op de stoma een gaasje om eventuele urine of ontlasting op te vangen.

Zo wordt voorkomen dat urine of ontlasting uit het zakje wegstromen.

- ☞ De huid bij de stoma wordt schoon en droog gehouden, zodat irritaties en infecties worden voorkomen.
- ☞ Achtergebleven plakresten van de huidplaat worden verwijderd met in lauwwarm water gedrenkte "non-woven" gaasjes.
- ☞ Gebruik voor het eventueel verwijderen van de plakresten een lijmoplossend middel als dit met water niet lukt.

Motivatie: Het gebruik van een lijmoplossend middel kan huidirritatie bevorderen, door ontvetting van de huid. Spoel daarom na gebruik de huid goed na met water.

- ☞ Het stomahulpmiddel moet nauwkeurig aansluiten op de stoma; dat wil zeggen dat de plaklaag op 1 mm afstand van de stoma zit.

Alleen indien noodzakelijk kan een niet alcohol houdende pasta worden gebruikt om een goede sluiting te bewerkstelligen. De pasta mag alleen op een intacte huid worden toegepast. Ook een ringetje om de stoma kan voor een goede sluiting zorgen. Om de kans op lekkage door het niet goed op elkaar passen van onderdelen te verkleinen, verdient het aanbeveling om hulpmiddelen van verschillende merken niet door elkaar te gebruiken.

- ☞ Gebruikte stomahulpmiddelen worden in speciaal daarvoor ontwikkelde afvalzakjes gedaan.

Deze zakjes kunnen bij het huishoudelijk afval worden gedeponerd.

- ☞ Het legen van de urine-opvangzakken bij een urostoma gebeurt volgens dezelfde regels als voor blaaskatheters.

Zie Hoofdstuk 2.10.

- ☞ De eventueel gebruikte bedpan wordt geleegd, gereinigd en gedesinfecteerd in de bedpanspoeler.

- ☞ Er is geen hygiënisch bezwaar tegen het douchen zonder stomazakje.

Toelichting: Aangeraden wordt, ter voorkoming van huidirritatie, zeep in de buurt van de stoma te vermijden, met uitzondering van huidneutrale zeep.

- ☞ Scheer de haren in de richting van de haargroei regelmatig weg met een tondeuze. Bescherm de stoma met een gaasje of een stukje papier.

Let op! Gebruik geen ontharingscrem  of talkpoeder.

4.1.3 Anus praeternaturalis (colostoma) spoelen

Bij het spoelen van een colostoma worden bij voorkeur een wegwerp irrigator en waterreservoir gebruikt.

- ☞ Wanneer irrigator en hulpstukken meermalig gebruikt worden, zijn ze in ieder geval revalidantgebonden. Ze worden na afloop huishoudelijk gereinigd en vervolgens thermisch gedesinfecteerd, of gedesinfecteerd met alcohol 70% en aan de lucht gedroogd.
- ☞ De steunplaat en de conus, die bij het spoelen van de stoma worden gebruikt, zijn revalidantgebonden. Na het spoelen worden ze gereinigd en gedroogd.

Bijlage A. Literatuur

- 1 SWAB. Gecompliceerde urineweginfecties.
- 2 Hartstein AI, Garber SB, Ward TT, Jones SR. Nosocomial urinary tract infection: a prospective evaluation of 108 catheterized patients. *Infect Control* 1981; 2(5):380-386.
- 3 Jain P, Parada JP, David A, Smith LG. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Int Med* 1995; 155:1425-1429.
- 4 Sivaraman Nair KP, Taly AB, Roopa N, Murali T. Pressure ulcers: an unusual complication of indwelling urethral catheter. *Spinal Cord* 2001; 39(4):234-236.
- 5 Roupret M, Chartier-Kastler E, Hopirtean V, Barret E, Haertig A, Richard F. Use in dialy urological practice of an ultrasound device for measuring bladder volume. *Presse Med* 2003; 17(32 (17)):776-780.
- 6 Moore KN, Fader M, Getliffe K. Long-term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD006008.
- 7 Kunin CM, Mc Cormack RC. Prevention of catheter-induced urinary tract infections by sterile closed drainage. *N Engl J Med* 1966; 274:156-1161.
- 8 Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults. *Cochrane library* 2004; Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.(1).
- 9 Niël-Weise BS, Arend SM, van den Broek PJ. Is there evidence for recommending silver-coated urinary catheters in guidelines? *J Hosp Infect* 2002; 52:81-87.
- 10 Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, Barrett S et al. The epic project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase I: Guidelines for preventing hospital-acquired infections. Department of Health (England). *J Hosp Infect* 2001; 47(S3-S4).