

Aktualisierung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“



Angelika Sonnenberg
Krankenschwester/Pflegeberaterin
Fachkraft für Kontinenzstörungen



Dr. Daniela Hayder-Beichel
Pflegewissenschaftlerin

Aktualisierung des Expertenstandards

Vorgehen

- Literaturanalyse
- Expertenurteil
- Konsentierungsphase
- Öffentliche Präsentation
 - Buch
 - Workshop

Methodik

Wissenschaftliche Herangehensweise

➤ Ausrichtung:

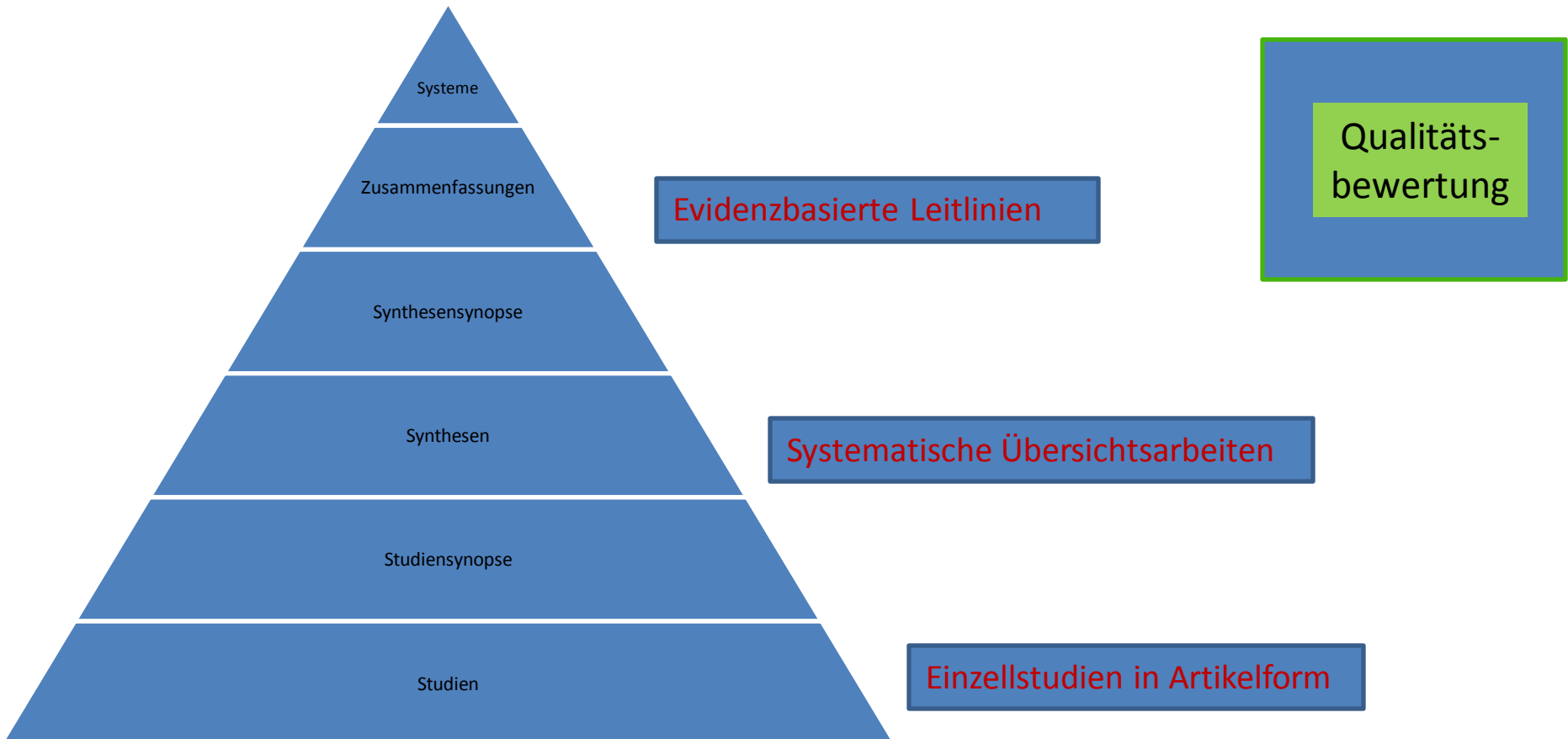
- Einschluss: alle pflegerischen Bereiche
- Ausschluss: Kinder

➤ Literaturrecherche:

- Internationale und nationale Literatur
- Literaturdatenbanken
- Handrecherche

Methodik

Literatursynthese und –analyse



Literatur

Was fällt auf? Was hat sich verändert?

➤ National

- Studien aus deutschsprachigen Ländern nehmen zu (Prävalenz, Erleben, Versorgungsbedarf)
- Interventionsstudien fehlen

➤ International

- Zunahme an Guidelines, systematischen Reviews, Einzelstudien

- Level der Evidenz steigen, bei gleichzeitig vielen unbeantworteten Fragen aus der Praxis

Literatur

Welche Konsequenzen sind zu ziehen?

- Forschungsbedarf
 - Nach wie vor als hoch einzuschätzen
 - unterrepräsentierte Themen sind z. B. Kontinenztraining bei spezifischen Gruppen, Hilfsmittel – Gender

- Expertenmeinung
 - große Bedeutung
 - muss kritisch reflektiert werden

- Aufnahme besonderer Gruppen - allerdings sehr begrenzte Studienlage (Personen mit Lernschwierigkeiten, Übergang von Kinder zur Erwachsenenpflege)

Kategorisierung HK

- Terminologie bleibt bestehen (ICS 2002)
- Wenn keine med. Diagnose gestellt
 - Pflegerischer Befund richtungsweisend
 - Ausnahme: Funktionelle Inkontinenz

Pflege-Prozessorientierung

bleibt bestehen

2.3 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung 2014

Zielsetzung: Bei jedem Patienten/Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harnkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert.

Begründung: Harnkontinenz ist ein weit verbreitetes pflegerelevantes Problem. Für die betroffenen Menschen ist sie häufig mit sozialem Rückzug, sinkender Lebensqualität und steigendem Pflegebedarf verbunden. Durch frühzeitige Identifikation von gefährdeten und betroffenen Patienten/Bewohnern und der gemeinsamen Vereinbarung von spezifischen Maßnahmen kann dieses Problem erheblich positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus können durch Harnkontinenz hervorgerufene Beeinträchtigungen reduziert werden.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz.	P1 Die Pflegefachkraft identifiziert im Rahmen der pflegerischen Anamnese Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz. Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung bei Veränderung der Pflegesituation und in individuell festzulegenden Zeitabständen.	E1 Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sind identifiziert.
S2a Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der Förderung der Harnkontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz und stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen. S2b Die Pflegefachkraft verfügt über die erforderliche Kompetenz zur differenzierten Einschätzung bei Problemen mit der Harnkontinenz.	P2 Die Pflegefachkraft führt bei Vorliegen von Kontinenzproblemen eine differenzierte Einschätzung durch bzw. koordiniert in Absprache mit dem behandelnden Arzt erforderliche diagnostische Maßnahmen.	E2 Eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation und eine Beschreibung des individuellen Kontinenzprofils liegen vor.
S3a Die Einrichtung hält die erforderlichen Materialien zur Beratung bei Problemen mit der Harnkontinenz vor. S3b Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Beratungskompetenz zur Vorbeugung, Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Harninkontinenz.	P3 Die Pflegefachkraft informiert den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen über das Ergebnis der pflegerischen Einschätzung und bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen eine ausführliche Beratung zur Kontinenzerhaltung oder -förderung und ggf. zur Kompensation einer Inkontinenz an. Darüber hinaus werden dem Patienten/Bewohner weitere interne und externe Ansprechpartner genannt.	E3 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung und zur Vermeidung von bzw. zum Umgang mit einer Inkontinenz.
S4 Die Pflegefachkraft verfügt über Steuerungs- und Planungskompetenz zur Umsetzung von kontinenzfördernden Maßnahmen bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz.	P4 Die Pflegefachkraft plant unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen mit dem Patienten/Bewohner und ggf. mit seinen Angehörigen individuelle Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz und zur Vermeidung von Beeinträchtigungen.	E4 Ein Maßnahmenplan zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils liegt vor.
S5a Die Einrichtung sorgt für eine bedarfsgerechte Personalplanung, ein Kontinenz förderndes Umfeld, geschlechtsspezifische Ausscheidungshilfen und Hilfsmittel zur Kompensation von Inkontinenz. S5b Die Pflegefachkraft verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu Maßnahmen der Kontinenzförderung und der Anwendung von Hilfsmitteln	P5 Die Pflegefachkraft koordiniert die multidisziplinäre Behandlung und sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans. Auf die Bitte um Hilfe bei der Ausscheidung wird unverzüglich reagiert.	E5 Maßnahmen, Umfeld und Hilfsmittel sind dem individuellen Unterstützungsbedarf des Patienten/Bewohners bei der Ausscheidung angepasst.
S6 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kontinenz sowie zur Kompensation der Inkontinenz zu beurteilen.	P6 Die Pflegefachkraft überprüft in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg der Maßnahmen und entscheidet gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner, seinen Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen über deren Fortführung bzw. Modifikation.	E6 Das angestrebte Kontinenzprofil ist erreicht bzw. das bisherige erhalten. Für den Patienten/Bewohner ist das individuell höchstmögliche Maß an Harnkontinenz mit der größtmöglichen Selbstständigkeit sichergestellt.

Einschätzung der Harninkontinenz

Maßnahmen zur Kontinenzförderung/
Kompensation

Evaluation

Initiales Assessment der Harninkontinenz

Die Evidenz / Die Praxis

➤ Initiales Assessment

- Bleibt (mit den Eingangsfragen) bestehen
- Risikofaktoren sind weiterhin von Bedeutung

➤ Konsequenz je nach Setting und/oder Verweildauer

- Beratung zu Risikofaktoren & Anlaufstellen
- Pflegeüberleitung
- Einleitung Differenzierte Einschätzung

Assessment der Harninkontinenz

Die Evidenz / Die Praxis

➤ Differenziertes Assessment

➤ Ausführliche Kontinenzanamnese

- Förderpotential (bsp. Funktionelle Inkontinenz)
- Bisherige Bewältigungsstrategien

➤ Neu: Erfassung des subjektiven Belastungserleben

- International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary Incontinence (ICIQ –UI)
Häufigkeit, Schwere, Situation der Inkontinenz, Einfluss auf tägl. Leben
- King's Health Questionnaire (KHQ)
33 Items in 7 Domänen

Assessment der Harninkontinenz

Die Evidenz / Die Praxis

➤ Differenziertes Assessment

➤ Miktionsprotokoll

➤ Einsatz abwägen

➤ Begründete Entscheidung dokumentieren

➤ Kontinenzprofile

➤ Datenlage schwach – Akzeptanz hoch

➤ Hohe Relevanz für Pflegeprozess

➤ Unterscheidung Tag/Nacht

Assessment der Harninkontinenz

Die Evidenz / Die Praxis

➤ Differenziertes Assessment

➤ Restharmmessung

- Abgeschwächte Empfehlung (nicht immer und als Routine)
- Wichtig: Risikofaktoren und Symptome erkennen
- Je nach Setting: durchführen/veranlassen

➤ Vorlagengewichtstest

- Zweckdienlichkeit ist umstritten
- Einziges Mess-/Evaluationsinstrument quantitativer Art

Kontinenzförderung - Beratung

Die Evidenz / Die Praxis

- Professionelle Pflege kann/soll Beratung übernehmen
- Weltweit verschiedene Modelle der Beratung
- Situation in Deutschland
 - Keine Studien
 - „Kontinenzberater“ nehmen zu, jedoch mangelnde Vergleichbarkeit in Aus- und Weiterbildung
- Kontinenzberatung im St. Elisabeth Krankenhaus Hohenlind in Köln
 - Unterstützung und Ergänzung der Pflegeteams
 - Beratung von Patienten, Angehörigen, Pflegenden
 - Koordination im interdisziplinären Team

Kontinenzförderung - Maßnahmen

Die Evidenz / Die Praxis

- Allgemeine Maßnahmen
- Beckenbodentraining
 - Systematische Reviews nehmen zu, Fragen bleiben: effektive Methode, Langzeiteffekte, Effekt bei Männern
 - Neu: Magnetstimulation (Nutzen unklar)

Kontinenzförderung - Maßnahmen

Die Evidenz / Die Praxis

- **Blasentraining**
 - Viele Unklarheiten
 - Individuelle & institutionelle Aspekte entscheidend

- **Kontinenzförderung bei Personen mit erhöhter Pflegebedürftigkeit /Toilettentraining**
 - Datenlage weiterhin schwach
 - Funktionelle Aspekte bedeutsam

Kompensation der Harninkontinenz

Die Evidenz / Die Praxis

- Weiterhin nachrangige Bedeutung nach aktiver Kontinenzförderung
- Hilfsmittel
 - Sind schwierig zu untersuchen
 - Ergebnisse nur zum Teil übertragbar
 - Sind unterschiedlich gut untersucht

- Hoher Beratungsbedarf
 - Auswahl
 - Anleitung
 - Finanzierbarkeit

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis

Die Evidenz

- Wurde neu aufgenommen
- Achtung: Kein Expertenstandard zum Thema Hautschutz
- Aspekte zu Assessment, Prävention und Intervention
- Assessment
 - Deutschsprachige Instrumente auf dem Prüfstand

- ❖ Definition:
 - Erythem oder Ödem der perianalen oder perigentitalen Hautoberfläche
 - Erosionen, Blasenbildung, seröses Exudat können ebenfalls auftreten
 - Sekundärinfektionen sind möglich

Meinungen, Anregungen, Diskussion



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!