

Kontinenzprofile – Assessment der (In-)Kontinenzsituation



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

Mitglieder der Arbeitsgruppe „Pflegephänomen Inkontinenz“ der Sektion Pflegephänomene:

Dr. Antje Braumann, Dipl.-Pflegepädagogin, Osnabrück
(Sektionssprecherin)
Dr. Katja Boguth, Dipl.-Pflegerwirtin (FH), Berlin
Daniela Hayder, MScN, Witten-Herdecke
Dorothea Kramß, Kontinenz- und Sexualberaterin, Bad
Klosterlausnitz
Elke Kuno, Lehrerin für Pflegeberufe, Heidelberg

Edith Meyer, BScN, cand. MScN, Nürnberg
Dr. Elke Müller, Pflegewissenschaftlerin, Heidelberg
Margit Müller, Dipl.-Pflegerwirtin (FH), Heidelberg
Nicole Ruppert, MScN, Witten
Dr. Susi Saxer, Pflegewissenschaftlerin, St. Gallen
Gabriela Schmitz, Dipl.-Pflegepädagogin, Berlin

Einleitung

Harninkontinenz wird als jeglicher unfreiwilliger Urinverlust bezeichnet (Abrams et al. 2002). Die betroffenen Frauen und Männer können neben dem ungewollten Urinverlust unter vielfältigen medizinisch und pflegerisch relevanten Symptomen leiden, z.B. verzögerter Urinverlust, Nachträufeln des Urins, Gefühl einer nicht entleerten Blase, Harndrang oder Urinverlust bei körperlicher Belastung.

Zur Unterstützung der pflegerischen Praxis wurde der Deutsche Expertenstandard *Förderung der Harnkontinenz in der Pflege* (DNQP 2007) entwickelt und implementiert.

Die beteiligte Expertengruppe identifizierte das Assessment der (In-)Kontinenzsituation und die Evaluation von Maßnahmen als ein zentrales Problem eines erfolgreichen Inkontinenzmanagements. Für das Assessment der Harninkontinenz stehen bereits verschiedene Instrumente zur Verfügung.

So gibt es unterschiedliche Ausführungen des Miktionsprotokolls, die jeweils die Inkontinenz quantifizieren und beschreiben. Der Bedarf an Unterstützung aus Sicht des betroffenen Menschen im Umgang mit bzw. bei der Prävention von Harninkontinenz wird allerdings noch unzureichend betrachtet.

Auf der Grundlage der Arbeiten von Fonda (1990) und Palmer (1996, 1997) wurde von der Expertenarbeitsgruppe ein deutschsprachiges Einschätzungsinstrument mit sechs Kontinenzprofilen entwickelt. Damit kann einerseits eine Unterscheidung in Kontinenz oder Inkontinenz vorgenommen werden. Andererseits wird berücksichtigt, inwieweit die jeweilige Kontinenzsituation durch den Einsatz von Maßnahmen selbstständig oder abhängig von der Unterstützung durch Pflegekräfte gefördert oder kompensiert wird.

Ziel der Arbeitsgruppe ist es, den Einsatz der Kontinenzprofile voranzutreiben und Handlungsempfehlungen für die Praxis zu formulieren.

Kriterien der Kontinenzprofile

Die Kontinenzprofile sind Kategorien zur Beschreibung der pflegerischen Einschätzung der Kontinenzsituation.

Es gibt insgesamt drei Unterscheidungskriterien:

- Vorliegen einer Kontinenz bzw. Inkontinenz
- Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit der betroffenen Frauen und Männer von personeller pflegerischer Unterstützung
- Notwendigkeit von Maßnahmen und Hilfsmittel bei der (In-)Kontinenzversorgung

Einschätzung der Kontinenzsituation

- Tag-Nacht-Rhythmus: unterschiedliches Kontinenzprofil am Tag im Vergleich zur Nacht
- Instabile Kontinenzsituation: z.B. bei Vorliegen einer demenziellen Erkrankung sind Schwankungen der Kontinenzsituation möglich. Auswahl des Kontinenzprofils, welches über einen Zeitraum von zwei Wochen überwiegend beobachtbar ist.
- Veränderungen im Kontinenzprofil: keine statische Zuordnung zu den Profilen. Verbesserungen als auch Verschlechterungen können durch aktuelle Ereignisse beeinflusst werden.

Festlegung der pflegerischen Ziele

- Planung der Maßnahmen mit dem Ziel der Erreichung des festgelegten Kontinenzprofils

Evaluation der Maßnahmen

- Überprüfung des angestrebten Kontinenzprofils nach ca. zwei Wochen

Kontinenzprofile

Profil	Kenzeichen	Beispiel
Kontinenz	Kein unfreiwilliger Harnverlust Keine personelle Hilfe Keine Hilfsmittel	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unfreiwilliger Harnverlust Keine personelle Unterstützung Selbstständige Durchführung von Maßnahmen	Selbstständige Medikamenteneinnahme durch die/den Betroffenen, die einen unwillkürlichen Urinverlust verhindert. Eigenständiger Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen
Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unfreiwilliger Harnverlust Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen	Begleitete Toilettengänge (z.B. Toilettentraining zu festgelegten bzw. individuellen Zeiten) erfolgen durch eine weitere (Pflege-)Person.
Unabhängige kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln	Trotz vorhandenem unwillkürlichen Urinverlust erfolgt die Versorgung mit aufsaugendem Inkontinenzmaterial durch den Betroffenen selbstständig.
Abhängige kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig	Kompensierende Maßnahmen werden von einer weiteren Person übernommen.
Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen	Vom Betroffenen werden keine Maßnahmen der Inkontinenzversorgung angenommen bzw. abgelehnt.

DNQP 2007

Publikationen der AG Inkontinenz:

Ruppert N, Boguth K, Kuno E, Meyer E (2008): Kontinenz mit Profil. *Altenpflege Extra: Inkontinenz*. 10/E3

Ankündigung der AG Inkontinenz:

Fachtagung in Kooperation mit der Charité- Universitätsmedizin Berlin, Universität Witten/Herdecke, FHS St. Gallen:

24.06.2010 Fachtagung „Inkontinenz“, Berlin

Literatur:

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Uroynamics*, 21 (2), S.167-178.
DNQP (2007): *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
Fonda D (1990): Improving management of urinary incontinence in geriatric centres and nursing homes. Victorian Geriatricians Peer Review Group. *Australian Clinical Review* 10:66-71
Hayder D, Kuno E, Müller M (2008): *Kontinenz - Inkontinenz - Kontinenzförderung*, Verlag Hans Huber
Palmer M (1996): A new framework for urinary continence outcomes in long-term care. *Urologic Nursing* 16:146-151
Palmer M, Czarapata B, Wells T, Newman D (1997): Urinary outcomes in older adults: Research and clinical perspectives. *Urologic Nursing* 17:2-9

Kontakt:

Dr. rer. cur. Antje Braumann

E-Mail:
antje.braumann@uos.de