

Handlungsanleitung (Übersicht)

A) Wir arbeiten und handeln nach dem Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“.	Nachweis
A1 Wir können die Risikofaktoren und Anzeichen einer Harninkontinenz erkennen und die individuelle Kontinenzsituation einschätzen	<i>Weiterbildung</i>
A2 Wir können mit den entsprechenden Instrumenten und Dokumentationshilfen umgehen. Dazu gehört auch die Nutzung von Kontinenzprofilen.	<i>Weiterbildung</i>
A3 Wir können Patienten/Bewohner und Angehörige sowie Kooperationspartner zum Thema „Förderung der Harnkontinenz“ informieren, beraten und schulen.	<i>Weiterbildung</i>
A4 Wir kennen Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz und können sie fachlich begründen. Wir kennen aber auch mögliche Komplikationen bei Harninkontinenz.	<i>Weiterbildung</i>
A5 Wir kennen Maßnahmen zur Hilfsmittelversorgung bei Harninkontinenz.	<i>Weiterbildung</i>
A5 Wir verfügen über aktuelle Literatur zum Thema „Förderung der Harnkontinenz“.	<i>Fachzeitschriften Fachliteratur</i>
B) Unser Ziel	
Bei jedem Patient/Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert und, wenn nicht anders möglich, kompensiert.	<i>Protokolle Pflegedokumentation</i>
C) Ermittlung der Risikofaktoren	
Wir ermitteln zu Betreuungsbeginn bei allen Patienten/Bewohnern systematisch die Risiken oder Anzeichen für eine Harninkontinenz. Diese Einschätzung wiederholen wir innerhalb des ersten Monats nach Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in vierteljährlichen Abständen, soweit nicht gesundheitliche Veränderungen eine frühere Einschätzung notwendig machen.	<i>Anamnese Protokoll „Analyse der Kontinenzsituation“</i>
D) Einschätzung der Inkontinenzsituation	
Wir führen eine ausführliche Anamnese mit körperlicher Untersuchung durch und analysieren die Situation detailliert, wenn eine Inkontinenz vorliegt.	<i>Protokoll „Assessment Harninkontinenz“ Miktionsprotokoll</i>
H) Information, Beratung und Anleitung	
Wir informieren u. beraten den Patient/Bewohner und seine Angehörigen über Risiken einer Harninkontinenz und über mögliche Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz.	<i>Informationsbrief Beratungsprotokoll</i>
F) Maßnahmenplanung	
Wir legen gemeinsam mit den Patienten/Bewohner und Angehörigen Maßnahmen fest. Dabei berücksichtigen wir besonders das Erleben des Patienten (Einschränkung der Lebensqualität, Leidensdruck)	<i>Beratungsprotokoll Pflegeplanung</i>
G) Umfeld / Kooperation mit anderen Berufsgruppen	
Wir arbeiten mit anderen Berufsgruppen zusammen, um eine Förderung der Harnkontinenz gewährleisten zu können.	<i>Überleitungsbogen</i>
I) Überprüfen der Maßnahmen	
Wir überprüfen bei Veränderung der gesundheitlichen Situation u. in individuellen Abständen, ob die Maßnahmen erfolgreich sind, um Aussagen zur Kontinenzförderung treffen bzw. um einen fehlenden Erfolg analysieren zu können.	<i>Protokoll „Assessment Harninkontinenz“ Ggf. Miktionsprotokoll</i>

	erstellt	geprüft / bearbeitet			freigegeben		
Datum	01/ 2011	10/2014					
Unterschrift							

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Seite 2 von 6

1. Hintergrund
Harninkontinenz ist in der Gesellschaft ein weit verbreitetes pflegerelevantes Problem, das mit Vorurteilen behaftet ist und von den Betroffenen oft aus Scham verheimlicht wird. Harninkontinenz kann in allen Altersstufen mit steigendem Risiko im Alter auftreten, obwohl das Alter an sich nicht generell als Risikofaktor anzusehen ist. Statistisch gesehen sind überwiegend Frauen und ältere Menschen beiderlei Geschlechts betroffen.
Die Folgen von Harninkontinenz können sozialer Rückzug, sinkende Lebensqualität und ein steigender Pflegebedarf sein.
Mit einer frühzeitigen Identifikation von gefährdeten und betroffenen Personen, kann diese Situation erheblich positiv beeinflusst werden. Mit gezielten Maßnahmen können Beeinträchtigungen reduziert und die Harnkontinenz gefördert werden. Selbstverständlich in diesem Zusammenhang ist ein einfühlsamer und diskreter Umgang mit den Betroffenen.

2. Definitionen
Kontinenz: Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren. (*Expertenarbeitsgruppe*)
Harnkontinenz beinhaltet weiterhin die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren um Hilfestellung zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbständigen Toilettengang bestehen. (*Royle & Walsh*)
Harninkontinenz: Jeglicher unwillkürlicher Harnverlust (*International Continence Society*)

3. Ziele des Expertenstandards

- Bei jedem Patient/Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert.
- Identifizierte Harninkontinenz wird – falls möglich – beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert.

4. Voraussetzungen zur Einführung des Expertenstandards
Die Umsetzung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ ist in der ambulanten Pflege nur bedingt möglich, da kein vollumfänglicher Pflegevertrag vorliegt und die Pflegefachkräfte nur zeitweise in der Wohnung präsent sind. Der Schwerpunkt der Umsetzung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ liegt damit in einer **nachweislichen** Information, Beratung und Schulung.

4.1. Einrichtung
verfügt über

- Interprofessionell geltende Verfahrensregelung

gewährleistet und sichert

- fachlicher Kompetenz (z.B. mit Weiterbildungen zum Thema „Förderung der Harnkontinenz“)
- erforderliche Arbeitsrahmenbedingungen (z.B. Organisationsabläufe, Instrumente und Protokolle, Dokumentationshilfen)
- Bereitschaft zur Kooperation mit allen an der Versorgung des Patienten Beteiligten

4.2. Pflegefachkräfte
verfügen nachweislich über aktuelles Wissen und entsprechende Kompetenz zu folgenden Schwerpunkten:

- Risikofaktoren einer Harninkontinenz
- Differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation / Bestimmung von Kontinenzprofilen
- erforderliche Dokumentation; Umgang mit entsprechenden Instrumenten (z.B. Miktionsprotokoll)
- Zielgruppenspezifische Maßnahmen der Kontinenzförderung (z.B. Toilettentraining, Beckenbodentraining) und Anwendung von Hilfsmitteln

	erstellt	geprüft / bearbeitet			freigegeben		
Datum	01 / 2011	10/2014					
Unterschrift							

- Koordinierung (z.B. ärztliche Diagnostik)
- Beratung von Patienten, Angehörigen und Kooperationspartner
- Überprüfung der Effektivität der Maßnahmen; Beurteilung

5. Die 6 Phasen des Standards

- Phase 1 = **Risikoermittlung**
- Phase 2 = **differenziertes Assessment / Erstellung eines Kontinenzprofils**
- Phase 3 = **Information, Beratung und Anleitung**
- Phase 4 = **Maßnahmenplanung**
- Phase 5 = **Kontinenzförderndes Umfeld / Kooperation mit anderen Berufsgruppen**
- Phase 6 = **Überprüfen der Maßnahmen**

Phase 1 = Risikoermittlung (Anlage 2)

Eine gründliche und systematische Ermittlung von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz stellt eine wichtige Grundlage für eine differenzierte Einschätzung, Maßnahmenplanung, Information, Beratung und Anleitung, Kooperation und Evaluation dar. Daher ist unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags bei allen Patienten/Bewohnern eine erste Einschätzung durchzuführen. Folgende Fragen sind dabei für die Ermittlung von Bedeutung (individuelle Formulierung je nach Patient/Bewohner):

- Wird ungewollt Urin verloren?
- Wird Urin beim Husten, Lachen oder bei körperlicher Betätigung verloren?
- Wird Urin auf dem Weg zur Toilette verloren?
- Werden Vorlagen/ Einlagen getragen, um Urin aufzufangen?
- Wird häufiger (starker) Harndrang verspürt?
- Muss gepresst werden, um Wasser lassen zu können?

Die Fragen müssen sehr einfühlsam von der Pflegefachkraft gestellt werden, da sich die Betroffenen schämen könnten und lieber das Problem verschweigen würden. Weil nicht jeder Betroffene diese Fragen ohne weiteres beantworten wird, sollte die Pflegefachkraft außerdem diskret auf Auffälligkeiten (z.B. Geruch, versteckte Kleidung, unruhiges Verhalten) achten. Die Vorgehensweise der Pflegefachkraft entscheidet maßgeblich darüber, ob der Betroffene über seine Probleme mit der Harnkontinenz spricht.

Es gibt personenbezogene Risikofaktoren, wie zum Beispiel: Belastungen des Beckenbodens durch Schwangerschaft oder Übergewicht. Andere Faktoren sind umgebungsbedingt wie zum Beispiel die Erreichbarkeit, Nutzbarkeit und Zugänglichkeit von Toiletten.

Ein ganz eigener Aspekt ist vor allem bei Frauen zu vermuten, die Opfer sexueller Gewalt waren oder sind. Diese Gruppe zeigt ein erhöhtes Risiko für eine überaktive Blase. Ein Thema, was einen sehr sensiblen Umgang erfordert.

Bedeutsam ist außerdem das Alter der Patienten/Bewohner. Es verändern sich Gewebsstrukturen der Blase und ableitenden Harnwege, was wiederum eine Inkontinenz begünstigen kann. Auch sind ältere Menschen häufiger von Krankheiten betroffen, die sich negativ auf die geistigen und körperlichen Fähigkeiten auswirken. Harninkontinenz ist im Alter also oft durch ein komplexes Ursachenbündel gekennzeichnet und muss ebenso wie die anderen Risikofaktoren individuell betrachtet werden.

Diese initiale Einschätzung der Kontinenzsituation wiederholt sich innerhalb des ersten Monats nach Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in vierteljährlichen Abständen, soweit nicht gesundheitliche Veränderungen eine frühere Einschätzung notwendig machen.

Phase 2 = differenziertes Assessment / Erstellung eines Kontinenzprofils (Anlagen 3-5)

Wurde in Phase 1 eine Inkontinenz von der Pflegefachkraft festgestellt, wird nun in Phase 2 eine ausführliche Anamnese mit körperlicher Untersuchung durchgeführt und die Situation detailliert analysiert. Die bereits ermittelten Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sind vertiefend zu betrachten und es ist zu ermitteln, ob sich aus der Vorgeschichte der Betroffenen Ursachen für eine Harninkontinenz ableiten lassen.

Anhand folgender Kriterien wird die Situation beurteilt:

	erstellt	geprüft / bearbeitet			freigegeben		
Datum	01 / 2011	10/2014					
Unterschrift							

- Reversible und irreversible Risiken für eine Harninkontinenz
- Die Diagnose der Harninkontinenz (wenn sie gestellt wurde) bzw. Symptome
- pflegerelevante Befunde (Inkontinenzarten)
- notwendige weitere diagnostische Maßnahmen, um zum Beispiel einen Harnwegsinfekt ausschließen zu können (24h Vorlagentest / Urinanalyse / Restharnbestimmung (keine routinemäßige Anwendung; Delegation an Pflegefachkraft möglich; allerdings nur dann, wenn die Kostenübernahme für Material und Ressourcen sichergestellt ist)
- Auswirkungen auf die persönliche Lebensführung (subjektives Belastungserleben)!

Damit kann die Inkontinenz differenziert eingeschätzt, individuell beschrieben und in einem aktuellen Kontinenzprofil dargestellt werden.

Das Miktionsprotokoll ist dabei ein wichtiges Instrument der Selbst- und Fremdeinschätzung, mit dem diagnostiziert und bewertet werden kann. Durch die Nutzung des Miktionsprotokolls kann die individuelle Ausprägung der Inkontinenzsymptome erhoben werden und bildet somit eine wichtige Grundlage für die Auswahl geeigneter Interventionen zur Kontinenzförderung und dem Hilfsmiteleinsatz. Der Zeitraum, über den das Protokoll geführt werden soll, hängt vom Krankheitsbild und den individuellen Gegebenheiten ab. Empfohlen wird ein Zeitraum von 3-5 Tagen. Ein Miktionsprotokoll sollte nur geführt werden, wenn aus den Ergebnissen auch Konsequenzen abgeleitet werden können. Aufwand und Nutzen müssen abgewogen werden. Bei Patienten/Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen oder ausgeprägter Immobilität ist dies z.B. nicht zielführend.

Die Inkontinenzsituation eines Patienten/Bewohners muss individuell eingeschätzt und eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zur Förderung der Harnkontinenz koordiniert werden. Die Koordination erfolgt auf Grundlage einer Verfahrensregelung (siehe Anlage 1 - Flussdiagramm), über die jede Einrichtung verfügen sollte. Diese interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Umsetzung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ soll Zuständigkeiten und Vorgehensweisen festlegen und folgende Aspekte beinhalten:

- Klärung der Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen
- Ablaufdiagramm zur Förderung der Harnkontinenz/ Kompensation der Harninkontinenz (wann hat was zu erfolgen)
- Aussagen zur Vorgehensweise bei der Risiko-Einschätzung und der differenzierten Diagnostik (z.B. festlegen, welches Miktionsprotokoll verwendet wird)
- Angaben, wer welche multidisziplinären Maßnahmen initiiert und koordiniert

Phase 3 = Information, Beratung und Anleitung (Anlage 6)

Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen werden über Risikofaktoren, Miktionsstörungen mit ihren Symptomen, mögliche Komplikationen (z.B. inkontinenzassoziierte Dermatitis), Therapiemaßnahmen sowie Hilfsmittel informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet. Dazu gehört auch entsprechendes Anschauungsmaterial (z.B. Anatomische Modelle) wie auch verschiedene aufsaugende Hilfsmittel und Ausscheidungshilfen. Geschlechtsspezifische und funktionelle Aspekte (z.B. bei Urinflaschen) müssen dabei Berücksichtigung finden. Die Beratung ist in der ambulanten Pflege ein Schwerpunkt in der Umsetzung von Expertenstandards. Die Beratung soll ein Dialog zwischen Patient und Pflegefachkraft sein, in dem geeignete Maßnahmen abgesprochen und Entscheidungen gemeinsam getroffen werden. Einfühlungsvermögen und Diskretion sind dabei sehr wichtig. Inhalt, Verlauf und Ergebnisse dieser Beratung werden zum Nachweis dokumentiert.

Phase 4 = Maßnahmenplanung

Damit die Harnkontinenz erhalten oder gefördert sowie eine identifizierte Harninkontinenz beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert werden können, muss ein individueller Maßnahmenplan gemeinsam mit dem Patient abgesprochen und erstellt werden. Die Vielschichtigkeit der Förderung der Harnkontinenz erfordert eine individuelle Betrachtung der Risikofaktoren, der vorhandenen Ressourcen und der spezifischen Symptome, um geeignete Maßnahmen auswählen zu können. Vorrangig bei der Zielvereinbarung ist, dass der Patient / Bewohner selbst bestimmt, welches Kontinenzprofil angestrebt wird.

	erstellt	geprüft / bearbeitet		freigegeben	
Datum	01 / 2011	10/2014			
Unterschrift					

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Seite 5 von 6

Abhängig von seiner persönlichen Sichtweise / seinem vorhandenen oder auch nicht vorhandenem Leidensdruck werden einige aufwändigere kontinenzfördernde Maßnahmen bevorzugen oder eher angemessen kompensierende Maßnahmen in Betracht ziehen.

Es gibt allgemeine Maßnahmen (z.B.: Gewichtsreduktion, Darmmanagement) und spezielle Maßnahmen (z.B.: Blasen- und Toilettentraining) sowie den Einsatz von Hilfsmitteln (Ausscheidungshilfen, ableitende oder aufsaugende Hilfsmittel) und ggf. Umgebungsanpassungen (z.B.: leicht erreichbare Sprechanlagen, Haltevorrichtungen und Beleuchtung im Bad/Flur, Toilettensitzerhöhung). Es muss darauf geachtet werden, dass die geplanten Maßnahmen realistisch und detailliert aufgeführt sind, um Aussagen treffen zu können, wie diese Ziele erreicht werden sollen (z.B.: Anleitung zum Führen eines Miktionsprotokolls, um die aktuelle Situation selbst wahrnehmen und besser einschätzen zu können). Für den Erfolg der Maßnahmen sind auch die häuslichen Voraussetzungen/ Bedingungen wichtig.

Vor kompensierenden Maßnahmen sollen wenn möglich immer fördernde Maßnahmen angeboten werden oder zumindest zusätzlich initiiert werden. So kann z.B. einem mit aufsaugenden Hilfsmitteln versorgter Patient/Bewohner zusätzlich ein Toilettengang angeboten werden. Dabei sind die Grenzen des Möglichen zu beachten. Bei Patienten/Bewohnern im Demenzzendstadium, mit einer Toilettfrequenz von unter 2h oder die bettlägerig sind und von 2 Personen transferiert werden müssen, ist z.B. der angebotene Toilettengang nicht sinnvoll.

Ist der Einsatz von Hilfsmitteln vorgesehen, muss dabei auf eine größtmögliche Selbstständigkeit geachtet werden. Beispielsweise können offene aufsaugende Inkontinenzprodukte (z.B. Slipeinlagen) im Gegensatz zu geschlossenen Systemen (z.B. Pants) vom Betroffenen evtl. noch selbst gewechselt werden. Mittlerweile stehen auch einige spezielle Urinierhilfen zur Verfügung, die eine diskrete Urinausscheidung „unterwegs“ ermöglichen und damit die Teilhabe am sozialen Leben fördern.

Alle vereinbarten Maßnahmen werden schlussendlich detailliert in einem Maßnahmenplan aufgeführt mit einer genauen Beschreibung, wie die Ziele erreicht werden sollen. Die Ziele müssen dabei realistisch sein. Nicht immer kann eine Kontinenz erreicht werden.

Phase 5 = Kontinenzförderndes Umfeld / Koordination der Maßnahmen

Die Pflegefachkraft ist für den Unterstützungsbedarf verantwortlich und entscheidet individuell und nach jeweiliger Situation. Maßnahmen, die den Patienten/Bewohner überfordern könnten, sollen vermieden werden.

Im stationären Bereich können Bewohner selbstverständlich nur dann rechtzeitig zur Toilette geführt werden, wenn in jeder Schicht das dafür erforderliche Personal zur Verfügung steht. „Unverzüglich reagieren“ heisst zunächst abzuklären, wie dringend ein Anliegen ist. Dem kommt man dann entweder nach oder aber versucht durch positive Verstärkung die Intervalle zwischen den Toilettengängen zu verlängern. Genauso wichtig ist auch eine ausreichende Ausstattung der Einrichtung. Dazu gehören u.a. eine leicht bedienbare Alarm-/Sprechanlage, eine gute Beschilderung, Haltevorrichtungen oder ausreichend Platz im WC z.B. für Menschen im Rollstuhl. Kann die Miktion nur im oder am Bett erfolgen, stellen z.B. spezielle Urinflaschen für Frauen eine komfortable Alternative zur herkömmlichen Bettpfanne („Schieber“) dar. Die Wahrung der Intimsphäre steht selbstverständlich bei allen genannten Maßnahmen oben an.

Im ambulanten Bereich ist man naturgemäß sowohl bei der Personalverfügbarkeit als auch bei der Ausstattung deutlich eingeschränkt. Sofern pflegende Angehörige vor Ort sind, können diese zwar instruiert werden, aber auch sie benötigen Ruhepausen.

Achtung! In der Hilfsmittelversorgung dürfen solche Worte, wie „Windeln“ oder „Pampers“ nicht verwendet werden, da sie unpassend sind und die Würde der pflegebedürftigen Menschen verletzen.

Für eine erfolgreiche Durchführung der Maßnahmen ist oftmals auch eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erforderlich (Ärzte, Physiotherapeuten), die von der Pflegefachkraft koordiniert wird.

	erstellt	geprüft / bearbeitet			freigegeben		
Datum	01 / 2011	10/2014					
Unterschrift							

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Seite 6 von 6

Phase 6 = Überprüfen der Maßnahmen

Die Pflegefachkraft überprüft in regelmäßigen Abständen den Erfolg der Maßnahmen, um Aussagen zur Verbesserung der Kontinenz und zu einem Gesundheitsgewinn mit erhöhter Lebensqualität treffen zu können bzw. um einen fehlenden Erfolg analysieren zu können. Der Zeitpunkt der Evaluation ist abhängig von den getroffenen Maßnahmen. So kann z.B. die Anschaffung eines mobilen Toilettenstuhls für die Nacht sofort Erfolge sichtbar machen, währenddessen ein Beckenbodentraining erst nach mehreren Wochen zu messbaren Ergebnissen führt.

In Gesprächen mit allen Beteiligten erhält die Pflegefachkraft Informationen, ob die Maßnahmen gegenüber den Bedürfnissen des Patienten/Bewohners angemessen sind und eingehalten werden können. Es werden Daten verglichen (z.B. ein erneutes Miktionsprotokoll führen), um Informationen über die veränderte Häufigkeit der Inkontinenz zu erhalten und daraus Schlüsse für einen Erfolg der Kontinenzförderung ziehen zu können. Anhand der Ergebnisse der Überprüfung wird in einer Abstimmung mit allen Beteiligten darüber entschieden, ob die Maßnahmen unverändert weiter geführt werden können. Dabei gilt es, natürliche Grenzen zu akzeptieren. Jahrelanges angelerntes Miktionsverhalten ist schwierig zu verändern.

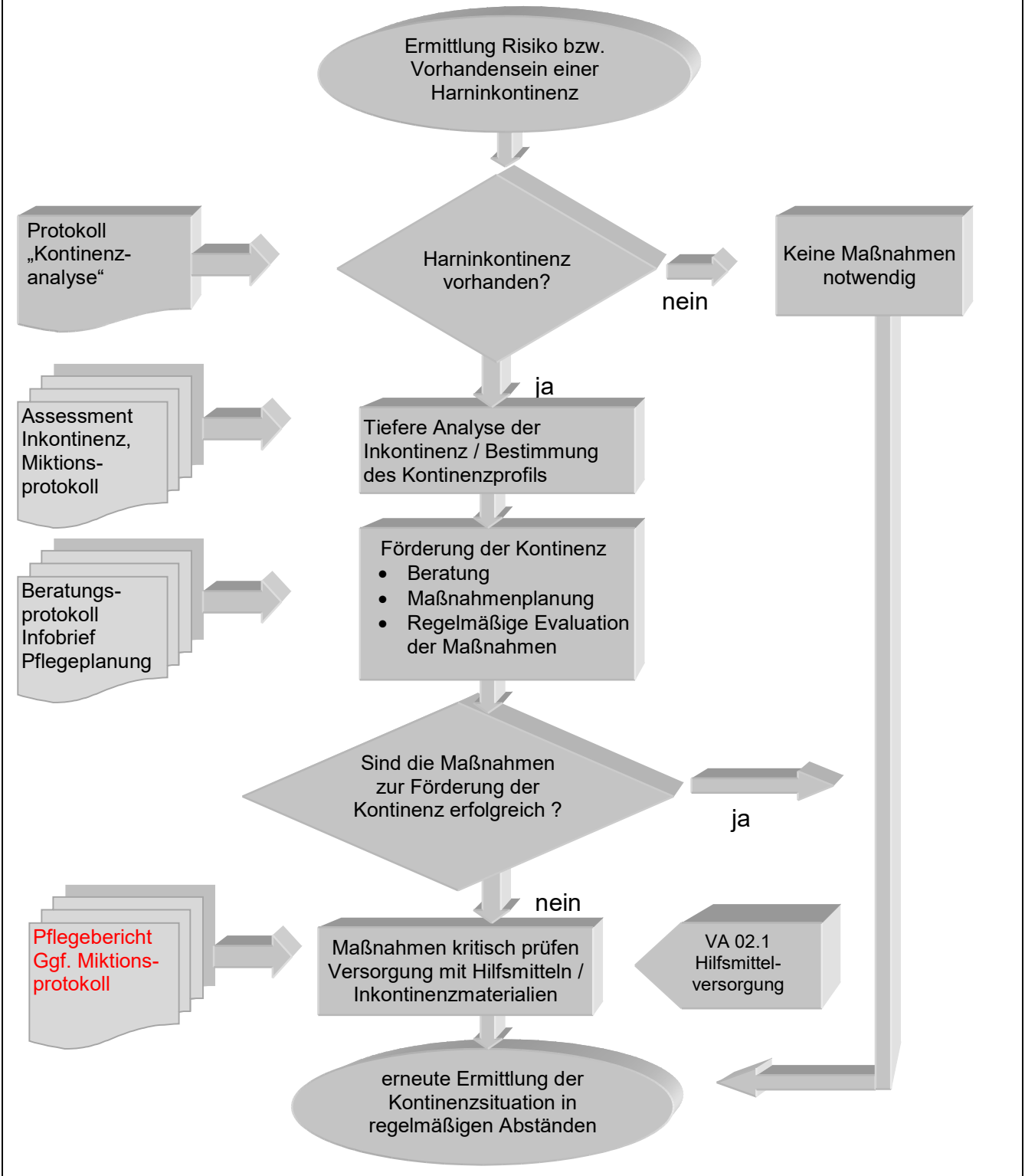
Eine Dokumentation über alle durchgeführten und unterlassenen Maßnahmen ist erforderlich.

6. Anlagen

Anlage 1 – Flussdiagramm	Anlage 5 – Miktionsprotokoll
Anlage 2 – Analyse Kontinenzsituation	Anlage 6 – Beratungsprotokoll
Anlage 3 – Assessment – Harninkontinenz	Anlage 7 – Informationsbrief
Anlage 4 – Erläuterung Kontinenzprofile	Anlage 8 – Beispiele für Maßnahmen
	Anlage 9 – Unterschriftenliste Mitarbeiter

	erstellt	geprüft / bearbeitet			freigegeben		
Datum	01 / 2011	10/2014					
Unterschrift							

Flussdiagramm



	erstellt	geprüft / bearbeitet			freigegeben		
Datum	01 / 2011	10/2014					
Unterschrift							

Analyse Kontinenzsituation

Herr/Frau	geb.
Pflegefachkraft	Datum

1. Persönliche Angaben

Gewicht/ Größe/ BMI	
---------------------	--

2. Risikofaktoren

Personenbezogene	<input type="checkbox"/> Kognitive Einschränkungen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Belastung des Beckenbodens (Z.B: häufige Geburten, Adipositas) <input type="checkbox"/> sexualisierte Gewalt	<input type="checkbox"/> Körperliche Einschränkungen (v.a. Mobilität) <input type="checkbox"/> Erkrankungen (z.B. Diabetes, Apoplex, MS, Parkinson) <input type="checkbox"/> Erkrankungen / OP der Prostata <input type="checkbox"/> Rauchen / chronischer Husten <input type="checkbox"/>
Umweltbezogene	<input type="checkbox"/> Stufen bis zur Toilette <input type="checkbox"/> Türschwellen / enge Türen <input type="checkbox"/> weite Wege zur Toilette <input type="checkbox"/> fehlende Haltegriffe <input type="checkbox"/> fehlende Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> schlechte Beleuchtung <input type="checkbox"/> verschmutzte Toilette <input type="checkbox"/> schwer zu öffnende Kleidung <input type="checkbox"/> fehlende Betreuungsperson <input type="checkbox"/>
Pflegefachliche Beobachtungen	<input type="checkbox"/> häufige Toilettengänge <input type="checkbox"/> Geruch in Wohnung <input type="checkbox"/> versteckte verunreinigte Wäsche <input type="checkbox"/> unruhiges Verhalten	<input type="checkbox"/> Stürze <input type="checkbox"/> Hautveränderungen im Intimbereich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. Fragen an den Patienten/Bewohner

	ja	nein	Zusatzbemerkung
Verlieren Sie ungewollt Urin?			
Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?			
Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?			
Tragen Sie Einlagen / Vorlagen, um Urin aufzufangen?			
Verspüren Sie häufig (starken) Harndrang?			
Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?			

4. Bemerkungen (z.B. keine Inkontinenz trotz Vorliegen mehrerer Risikofaktoren, bereits getroffene Kompensationsmaßnahmen, Erläuterung einzelner Risikofaktoren)

.....

.....

.....

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 3

Assessment Inkontinenz / Kontinenzprofil

Herr/Frau	geb.
Pflegefachkraft	Datum

1. Diagnose

Ärztliche Diagnose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Medikamente	
Erkannte Risikofaktoren sind:	<input type="checkbox"/> nicht beeinflussbar (z.B. kognitive Einschränkungen; Schlaganfall) <input type="checkbox"/> beeinflussbar (z.B. Gewicht, Trinkverhalten, Umgebungsfaktoren) durch:

2. Inkontinenz – Arten	Merkmale	Bemerkungen (Tag / Nacht)
------------------------	----------	---------------------------

<input type="checkbox"/> funktionale Inkontinenz	Keine Störung des Urogenitaltraktes diagnostiziert; unwillkürlicher Urinabgang, weil Kognition o. Mobilität eingeschränkt sind u. daher die Toilette nicht rechtzeitig erreicht wird o. die Kleidung nicht rechtzeitig geöffnet werden kann	
<input type="checkbox"/> Stress- (Belastungs-) Inkontinenz	Unfreiwilliger Urinverlust synchron mit körperlicher Belastung einhergehend (z.B. Hustenstoß, Niesen). Es liegt eine Störung der Speicherfunktion der Harnblase vor.	
<input type="checkbox"/> Drang – Inkontinenz	Unfreiwilliger Urinverlust, der mit plötzlich auftretendem, nur schwer unterdrückbarem Harndrang einhergeht oder diesem unmittelbar vorausgeht. Es liegt eine Störung der Speicherfunktion der Harnblase vor.	
<input type="checkbox"/> Misch - Inkontinenz	Unfreiwilliger Urinverlust, der sowohl im Zusammenhang mit Harndrang als auch mit körperlicher Belastung auftritt.	
<input type="checkbox"/> Extraurethrale Inkontinenz	Beobachtbarer, ständiger Urinverlust über andere Kanäle als die Harnröhre (z.B. Blasen – Scheiden – Fistel). Es liegt eine Störung der Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase vor.	
<input type="checkbox"/> Inkontinenz bei chronischer Harnretention	Unvollständige Blasenentleerung (Restharnbildung) mit und ohne unfreiwilligen Urinverlust. Die Harnblase kann nach dem Wasserlassen tastbar sein, ohne Schmerzen einhergehend. Es liegt eine Störung der Entleerungsfunktion vor.	
<input type="checkbox"/> Unkategorisierbare Inkontinenz	Beobachtbarer unfreiwilliger Urinverlust, der auf Basis von Symptomen oder Befunden nicht eindeutig zu zuordnen ist.	

3. Differenzialdiagnostik


24h - Vorlagentest	
Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/> ja (siehe Miktionsprotokoll) <input type="checkbox"/> nein, weil
Restharmessung	

4. Auswirkungen der Inkontinenz auf die Lebensführung

- soziale Isolation durch Angst vor Einnässen in der Öffentlichkeit
- hoher Leidensdruck durch häufiges Aufsuchen müssen der Toilette
- Drang sich oft zu Duschen
- Auswirkungen auf die Partnerschaft / Sexualität
-
-
-

5. Ermittlung Kontinenzprofil

	Merkmale	Zusatzbemerkung (Tag/ Nacht)
<input type="checkbox"/> Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust • Keine personelle Hilfe notwendig • Keine Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> Unabhängig erreichte Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust • Keine personelle Unterstützung notwendig. • Selbständige Durchführung von Maßnahmen.
<input type="checkbox"/> Abhängig erreichte Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust. • Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig
<input type="checkbox"/> Unabhängig kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust. • Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.
<input type="checkbox"/> Abhängig kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust. • Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.
<input type="checkbox"/> Nicht kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust. • Personelle Unterstützung und Therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen.

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 4

Erläuterung Kontinenzprofile


Profil	Merkmal	Beispiel
1. Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust • Keine personelle Hilfe notwendig • Keine Hilfsmittel 	
2. Unabhängig erreichte Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust • Keine personelle Unterstützung notwendig. • Selbständige Durchführung von Maßnahmen. 	z.B. Patienten und Bewohner, die durch eigenständige Medikamenteneinnahme, eigenständigen Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen, intermittierenden Selbst-Katheterismus oder Durchführung von Trainingsmaßnahmen (z.B. Blasentraining) keinen unwillkürlichen Urinverlust haben.
3. Abhängig erreichte Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust. • Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig. 	z.B. Patienten und Bewohner mit begleiteten Toilettengängen zu individuellen/ festgelegten Zeiten oder bei denen ein Fremd-Katheterismus durchgeführt wird.
4. Unabhängig kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust. • Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln. 	Es kommt zu einem unwillkürlichen Harnverlust, aber der Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln (aufsaugende Hilfsmittel, Kondomurinal, Blasenverweilkatherter) erfolgt selbständig.
5. Abhängig kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust. • Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig. 	Kompensierende Maßnahmen werden von einer anderen Person übernommen.
6. Nicht kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust. • Personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen. 	Dieses Profil trifft beispielsweise auf Betroffene zu, die nicht über ihre Inkontinenz sprechen wollen und deshalb keine personelle Hilfe oder Hilfsmittel in Anspruch nehmen bzw. aufgrund kognitiver Erkrankungen nicht akzeptieren oder die Hilfsmittel entfernen.

Quelle: Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; Osnabrück, März 2014

Miktionsprotokoll

Name	Art der Vorlage	Urinmenge bzw. Nasse Vorlage: X = kleine Menge XX = mittlere Menge XXX = große Menge KN = Kleidung nass
Vorname	Größe der Vorlage	

Datum	Uhrzeit	Trink-Menge in ml	Getränke - Art	Harn-drang	Toiletten gang	Urin Menge (s.o.)	Nasse Vorlage (s.o.)	Ungewollter Urinverlust? Aus welchen Gründen? Bemerkung (z.B. beim Sport, beim Husten, beim Niesen...)	HZ

AMBULANTE KRANKENPFLEGE CHRISTA SCHMIDT 	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 6

Beratungsprotokoll Förderung der Harnkontinenz

Sehr geehrte/r Frau/Herr.....
 Sehr geehrte Angehörige.....

Ihre Pflegefachkraft hat festgestellt, dass bei Ihnen ein erhöhtes Risiko / eine Diagnose für eine Harninkontinenz vorliegt. Wir möchten Sie deshalb darüber informieren, Sie beraten und mit Ihnen gemeinsam Maßnahmen festlegen, wie Sie sich verhalten können, um Harnkontinenz zu erhalten und fördern/ sowie eine diagnostizierte Harninkontinenz zu beseitigen, zu reduzieren bzw. zu kompensieren.

<input type="checkbox"/> Erstberatung	Datum.....	PFK.....
<input type="checkbox"/> Folgeberatung Nr.	Ort der Beratung.....	Unterschrift.....

1) Informationen zur Förderung der Harnkontinenz

Wir möchten Sie über das Thema „Förderung der Harnkontinenz“ informieren und übergeben Ihnen folgendes Informationsmaterial:

- hauseigener Informationsbrief
- Infobroschüre
- Merkblatt
- Internetadresse
- Facharzt
- Sanitätshaus /Apotheke
- Selbsthilfegruppen
-

2) Beratung zur Förderung der Harnkontinenz

Folgende Risikofaktoren / Anzeichen einer Inkontinenz wurden bei Ihnen festgestellt:

- Personenbezogene**.....
.....
- Umweltbezogene**.....
.....
- Pflegefachliche Beobachtung**.....
.....
- bestehende Inkontinenz** (Art der IK, Inkontinenzprofil).....
.....
-
.....

3) Beratung zu Maßnahmen

Wir empfehlen Ihnen notwendige Maßnahmen, die wir auch fachlich begründen können. Diese Maßnahmen sollen vorhandene Risikofaktoren minimieren oder ausschalten. Gemeinsam legen wir folgende Maßnahmen fest:

- Eigenständiges Führen eines Miktionsprotokolls
- Prävention >
 Flüssigkeitszufuhr
 Darmmanagement
 Gewichtsreduktion

 Erhalt/Förderung der Autonomie
 Umgebungsanpassungen

- Förderung >
 Toilettentraining
 Beckenbodentraining
- Gefahren (z.B. Risiko einer inkontinenzassoziierten Dermatitis); Hautpflege mittels
- Hilfsmittelversorgung
-
-

4) Bestätigung

Ich wurde von meinem Pflegedienst:

- zur Harnkontinenz/ Harninkontinenz informiert
- über mein persönliches Risiko informiert und aufgeklärt (Präventionsansatz)
- zu meiner bestehenden Harninkontinenz informiert und beraten
- über notwendige Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz beraten
- über notwendige Maßnahmen zur Versorgung der Harninkontinenz beraten

Ich habe noch weitere Fragen

- Nein
- Ja.....

Ich willige ausdrücklich in die Vereinbarung ein und werde mich daran halten:

- Ja
- Nur teilweise, weil.....

- Nein, weil.....

Sollte ich aufgrund der fehlenden Vorsorge zu Schaden kommen, werde ich keinerlei Schadenersatzansprüche gegen den Pflegedienst und seine mich versorgenden Pflegekräfte stellen.

.....
 Datum / Unterschrift Patient

.....
 Datum / Unterschrift Angehöriger

Lieber Patient / Liebe Angehörige,

Ihre Pflegekraft hat bei Ihnen ein hohes Risiko für Harninkontinenz/ eine diagnostizierte Harninkontinenz festgestellt. Wir möchten Sie deshalb über die Risiken und Anzeichen einer Harninkontinenz sowie über mögliche Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz informieren.

In unserem Beratungsgespräch werden wir Ihnen ausführlich erklären, wie Sie sich verhalten können und welche Möglichkeiten Sie haben, um die Harnkontinenz zu erhalten und zu fördern sowie eine diagnostizierte Harninkontinenz zu beseitigen, reduzieren bzw. kompensieren.

Was ist eine Harninkontinenz?

Eine Harninkontinenz ist ein unwillkürlicher Harnverlust aufgrund verschiedener Ursachen und ist in der Gesellschaft ein weit verbreitetes pflegerelevantes Problem. Die Betroffenen sind vorwiegend ältere Menschen beiderlei Geschlechts, da das Risiko mit dem Alter steigt. Dabei sind Frauen häufiger betroffen wie Männer, da auch eine Geburt ein Risiko für eine Harninkontinenz darstellt. Harninkontinenz ist mit Vorurteilen behaftet und wird von den Betroffenen oft aus Scham verheimlicht.

Was können Folgen einer Harninkontinenz sein?

Die Folgen können sozialer Rückzug, sinkende Lebensqualität und ein steigender Pflegebedarf sein. Deshalb ist es besonders wichtig, dass die Betroffenen sich jemandem anvertrauen, Hilfe suchen und Unterstützung erhalten. Einer frühzeitige Identifikation von gefährdeten und betroffenen Personen, kann diese Situation erheblich positiv beeinflussen, da mit gezielten Maßnahmen die Beeinträchtigungen reduziert und die Harnkontinenz gefördert werden können.

Was ist „Förderung der Harnkontinenz“?

Darunter werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die eine Harnkontinenz erhalten oder fördern und eine identifizierte Harninkontinenz beseitigen, weitestgehend reduzieren bzw. kompensieren.

Wir erfassen Ihre Risikofaktoren und schätzen Ihre individuelle Kontinenzsituation ein.

Bsp. für Risikofaktoren:

personenbezogen	umgebungsbezogen
<ul style="list-style-type: none"> • Häufige Schwangerschaften • Übergewicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen von Medikamenten • Zugänglichkeit von Toiletten

Wir informieren Sie und Ihre Angehörigen rund um das Thema „Förderung der Harnkontinenz“.

Wir informieren und beraten Sie und Ihre Angehörigen über Ihre persönliche Situation.

Was kann Ihnen helfen?

Wir kennen alle notwendigen Maßnahmen, die wir Ihnen auch fachlich begründen können.

Wir planen mit Ihnen gemeinsam und Ihren Angehörigen notwendige und sinnvolle Maßnahmen.

Beispiele für Maßnahmen:

allgemeine Maßnahmen	spezielle Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsreduktion • Darmmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Blasentraining • Toilettentraining

Mit der Hilfsmittelversorgung wird erst begonnen, wenn die allgemeinen und die speziellen Maßnahmen nicht mehr ausreichen. Im Vordergrund steht die Förderung der Harnkontinenz und erst wenn keine Maßnahme Erfolg erzielt, wird mit der Hilfsmittelversorgung begonnen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Pflegeteam

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 8

Maßnahmen - Beispiele

A) Allgemeine Maßnahmen-
<p>Flüssigkeitszufuhr:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wichtigkeit erläutern! Verbindung zwischen Flüssigkeitsaufnahme und Inkontinenz (z.B. konzentrierter Harn kann Drangsymptomatik, Harnwegsinfektion und Obstipation verstärken) ✓ Angemessene Flüssigkeitszufuhr – 30ml/kg bzw. 1,5 – 2l /24h (Tee, Wasser, Fruchtsäfte) Beachte! gesundheitliche Einschränkung ✓ Aufnahme in Miktionsprotokoll – Rückschlüsse ziehen <p>Gewichtsreduktion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adipositas ist ein Risikofaktor – Ernährungsberatung empfehlen ✓ Gewichtsreduktion – weniger inkontinente Phasen <p>Darmmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obstipationsprophylaxe – Ernährungsberatung empfehlen <p>Förderung der Autonomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Umgebungsfaktoren – Toilettenstrecke als Barriere ✓ Unterstützung: geeignete Gehhilfen, Handläufe, Haltestangen, ausreichende Beleuchtung, Beschilderung, Transferrmöglichkeiten (Rollstuhl) ✓ Bekleidungsberatung ✓ Förderung der Mobilisation

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 8

B1) Toilettentraining –sofern möglich-

Ziele:

- Die Blase wird wieder an eine größere Füllungsmenge gewöhnt.
- Der Patient ist wieder in der Lage, die Harnausscheidung willentlich zu steuern.
- Unnötige Toilettenbesuche, die aus Angst vor Inkontinenz erfolgen, werden vermieden.
- Der Patient sucht viertelstündlich in regelmäßigen Abständen die Toilette auf.

Vorgehen:

- Wir erstellen für den Patienten ein Miktionsprotokoll. Hier vermerken wir etwa:
 1. Uhrzeit des Getränkekonsums; Art und Menge der konsumierten Getränke
 2. Uhrzeit der Miktion
 3. Vermerk, ob die Miktion gesteuert war oder unwillkürlich
 4. gemessene, gewogene oder geschätzte Harnmenge
- Anhand des Protokolls lässt sich nach einigen Tagen ein individuelles Miktionsprofil erkennen. Dieses verdeutlicht, zu welcher Tageszeit und unter welchen Bedingungen eine Inkontinenz auftritt.
- Wir erstellen einen Trainingsplan, der alle geplanten Toilettengänge auflistet. Der Patient wird aufgefordert, unabhängig vom Harndrang alle zwei Stunden die Toilette aufzusuchen
- In der Nacht sollte er zumindest ein- oder zweimal die Toilette geplant aufsuchen.
 1. Sobald der Patient zehn Tage hintereinander kontinent ist, wird das Intervall um jeweils eine viertel Stunde verlängert. Also auf 2:15 Std., dann auf 2:30 Std. usw.
 2. Eine übereilte Ausweitung der Intervalle erhöht den Druck auf den Patienten und provoziert Rückschläge.
 3. Wenn die Ausweitung der Zeitspanne trotz erreichter Kontinenz unterbleibt, kann sich die Blasenkapazität reduzieren. In der Folge steigt das Risiko einer motorischen Dranginkontinenz (plötzlich auftretender starker Harndrang, die Miktion kann nicht aufgehalten werden, dadurch ungewollter Abgang wechselnder Mengen Urin).
- Bei einem anhaltenden Misserfolg wird das Intervall wieder verkürzt.
- Der Patient wird ermuntert, die komplette geplante Zeitspanne bis zur nächsten Miktion abzuwarten und nicht aus Angst verfrüht die Toilette aufzusuchen.
- Bei einem Erfolg wird der Patient gelobt.
- Die Flüssigkeit sollte bis 18.30 Uhr komplett konsumiert werden. Der letzte Toilettengang erfolgt somit gegen 22.30 Uhr. Die Nachtruhe des Patienten wird nicht unnötig gestört.
- Ggf. verschriebene Diuretika werden (falls möglich) morgens verabreicht, um die Harnausscheidung in der Nacht zu reduzieren.
- Wir prüfen, ob wir das Toilettentraining kurzfristig mit Medikamenten unterstützen sollten. Verschiedene Wirkstoffe erleichtern die Kontraktion des Blasenmuskels. Sobald sich die Kontinenz einstellt, sollten diese Medikamente wieder abgesetzt werden.
- Es wird sichergestellt, dass die Kleidung leicht und schnell geöffnet werden kann.
- Für das eigene Sicherheitsgefühl erhält der Patient eine kleine Vorlage, die er sich selbständig einlegen kann.
- Ggf. kann das Wasserlassen mit einem laufenden Wasserhahn mental unterstützt werden.
- Nach Rücksprache mit dem Hausarzt wenden wir ggf. verschiedene Trigger-Techniken an. Diese sind sinnvoll insbesondere bei Patienten mit Reflexinkontinenz (die Blase zieht sich reflexartig zusammen ohne Harndrang, und es kommt zu Blasenentleerungsstörungen oft mit Restharnbildung, bedingt durch gestörte Nervenbahnen).
- Es dürfen dabei keine pathologischen Blasendrucke entstehen.
 1. suprapubisches Beklopfen des Unterbauchs
 2. Entlangstreichen an der Oberschenkelinnenseite
 3. manuelle rektale Reizung
- Der individuelle Toilettenrhythmus wird immer wieder überprüft und ggf. angepasst.
- Die Ergebnisse und Erfahrungen werden regelmäßig in Fallbesprechungen / Dienstübergaben diskutiert.

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 8

B2) Beckenbodentraining –sofern möglich-

Ziele:

- Die Blasen- und Darmschließmuskulatur und der Beckenboden werden gestärkt.
- Harn- und Stuhlinkontinenz werden vermieden oder gelindert.
- Der Patient hat ein positives Körpergefühl.

Übung:

- Der Patient soll sich vorstellen, dass er Blähungen hat. Er spannt die um den After gelegene Muskulatur an und verhindert so den (imaginären) Abgang von Darmgasen. Der Patient sollte dabei die Muskulatur seiner Beine und des Gesäß nicht nutzen. Die Übung kann in verschiedenen Positionen ausgeführt werden.
- Der Patient liegt auf dem Rücken und winkelt die Knie an. Nun hebt der Patient das Gesäß an und spannt seine Beckenbodenmuskulatur an. Während des Anhebens atmet der Patient aus, während des Ablegens des Beckens atmet der Patient ein. Alternativ kann der Patient zusätzlich zum Gesäß auch im Wechsel das rechte und das linke Bein anheben.
- Der Patient liegt auf dem Rücken und schlägt die Beine übereinander. Dann presst der Patient die Oberschenkel gegeneinander, spannt das Gesäß an und hebt das Becken an.
- Der Patient liegt auf dem Rücken und führt die rechte Hand zum linken Knie. Nun atmet der Patient aus und presst die Knie fest gegen die Hand. Dann atmet der Patient aus und löst die Spannung. Danach wird die Übung mit der linken Hand und dem rechten Knie wiederholt.
- Der Patient liegt auf dem Rücken und presst beide Knie aneinander. Mit den Händen versucht er nun, die Knie auseinander zu drücken.
- Der Patient liegt auf der Seite. Die Knie sind leicht angewinkelt. Der Patient atmet aus, drückt die Fersen zusammen und spreizt das oben liegende Knie ab. Danach atmet der Patient wieder ein und schließt die Knie.
- Der Patient soll sich vorstellen, dass er Wasser lässt. Über die Muskelanspannung soll der Patient nun den imaginären Harnstrahl unterbrechen. Diese Übung sollte der Patient möglichst häufig im Alltag durchführen.
- Alternativ: Der Patient wird gebeten beim nächsten Wasserlassen den Harnstrahl für einige Sekunden durch Anspannen der Beckenbodenmuskulatur und der Schließmuskulatur zu unterbrechen. Je länger die Unterbrechung anhält, umso größer ist der Trainingseffekt für die Muskulatur. Die Übung kann auch auf dem Steckbecken durchgeführt werden. (Achtung: Diese Methode ist umstritten. Der überwiegende Teil der Fachleute lehnt diese Übung als überholt, unphysiologisch und schädlich ab.)
- Der Patient soll im Stehen die Füße nach außen abwinkeln. Die Fersen werden eng gegeneinander gestellt. Dadurch spannt sich die Becken-, Oberschenkel- und Gesäßmuskulatur an.
- Der Patient liegt auf dem Rücken und führt die rechte Hand zum linken Knie
- Die Pflegekraft fragt nach dem Befinden des Patienten
- Alle Beobachtungen werden dokumentiert. Maßnahmen, auf die der Patient negativ reagiert, werden in den nächsten Sitzungen nicht mehr genutzt.
- Die Ergebnisse und Erfahrungen werden regelmäßig in Fallbesprechungen und in der Dienstübergabe diskutiert.
- Ggf. wird die Pflegeplanung aktualisiert.

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 8

C) Maßnahmen der Hilfsmittelversorgung

Aus Gründen der Patientenzufriedenheit und der Ökonomie sind aktive Maßnahmen der Kontinenzförderung immer der passiven Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln vorzuziehen.

Kann durch die vorher aufgezeigten Trainingsmethoden dennoch keine Kontinenz erreicht werden oder sind diese vom Betroffenen nicht gewünscht, erfolgt die Kontinenzförderung durch den Einsatz speziell auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmten Hilfsmittel. Wichtig ist eine gute Aufklärung der Betroffenen über Vor- und Nachteile der Systeme, die praktische Anwendung im Alltag, ihre Komplikationsneigung oder über die Effekte auf die Lebensqualität (z.B. Sexualität).

Einsatz der richtigen Inkontinenzhilfsmittel :

1. aufsaugende Hilfsmitteln

- ✓ Vorlagen, Trainingshosen (Pants) und Slips mit Superabsorber
- ✓ Bettunterlagen
- ✓ Das Wort *Windel* bzw. *Pampers* sollte aus ethischen Gründen, aus Respekt vor der erwachsenen Person und zur Erhaltung des Selbstwertgefühls nicht benutzt werden (Alternativ neutrale Bezeichnungen wie "Schutzhose" oder "Schutzbinde,")
- ✓ Individualität / Probieren unterschiedlicher Arten
- ✓ Tragekomfort/Sicherheit(Saugleistung)/Diskretion/Lebensqualität
- ✓ Einfache Handhabung
- ✓ Kosten ... Einschränkung in der Auswahl

Stärke der Inkontinenz:

Einteilung der Inkontinenz in Schweregrade ist im Zusammenhang mit der Versorgung der Betroffenen mit Inkontinenzmaterialien (IKM) wichtig.

Je nach Ursache kann der Urinabgang tröpfchenweise über einen langen Zeitraum erfolgen, oder aber auch schwallartig und plötzlich in großen Mengen.

2. ableitende Hilfsmittel

- ✓ Katheter, Urinauffangbeutel
- ✓ Hilfsmitteln für Männer sind z.B. Kondomurinale mit Beinbeutel; Für Frauen stehen nur wenig vergleichbare Hilfsmittel zur Verfügung
- ✓ Bei den Kathetern unterscheidet man Einmal-Katheter und Blasenverweilkatheter. Die intermittierende Katheterisierung mit Einmal-Kathetern ist der Dauerableitung vorzuziehen.
- ✓ Die suprapubische Katheterisierung wird gegenüber der transurethralen Methode empfohlen, da das Risiko für Harnwegsinfektionen und andere Komplikationen reduziert ist

Empfehlung RKI (Prävention Katheter- assoziierter Harnwegsinfektionen; Stand 1999):

- ✓ wenn Verweilkatheter dann Einsatz beschichteter Latexkatheter aus Gründen der Inkrustationsneigung, der Gewebeerträglichkeit und Toxizität nicht über 5 Tage hinaus
- ✓ Bei längerfristiger Indikation sind Vollsilkonkatheter einzusetzen
- ✓ Wechsel der transurethralen Katheter soll bei latexbeschichteten Kathetern alle 1-2 Wochen und bei Vollsilkonkathetern alle 2-4 Wochen erfolgen (zusätzlich nach individuellen Gesichtspunkten wie z.B. Verschmutzung); Suprapubische Katheter aus Polyurethan oder Silikon haben eine Liegedauer von 1-2 Monaten

3. Mechanische (verschließende) Hilfsmittel

- ✓ Für Frauen werden Pessare und Vaginaltampons verwendet, die durch den Druck auf die Harnröhre bzw. auf den Blasenhalss für einen besseren Verschluss der Blase sorgen.

Mobile Toilettenhilfen :

- ✓ Toilettenstuhl > Standsicherheit, Höheneinstellung, Sitzkomfort
- ✓ Steckbecken
- ✓ Urinflasche > anatomisch angepasst, griff- und auslaufsicher, keine scharfen Kanten

	Förderung der Harnkontinenz	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 04	Anlage 9

Kenntnisnahme Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“ (Überarbeitete Fassung 2014)

Hiermit bestätige ich, den oben genannten Expertenstandard zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich zu dessen Einhaltung.

Datum	Name, Vorname	Qualifikation	Unterschrift