

Menschen mit Kontinenzstörungen

Prozess-Phasen der Versorgung

Inkontinent zu sein oder eine Kontinenzstörung zu haben, das ist für den Betroffenen nur ein unterschiedlicher Begriff. Die Auswirkungen erfährt er persönlich – oftmals unverhofft und unvorbereitet. Dann professionelle Hilfe, Behandlung zu erhalten und für seine Bedürfnisse bedarfsgerecht betreut und versorgt zu werden, bedeutet für ihn einen Wiedergewinn an Lebensqualität.

Für die pflegerische Praxis können standardisierte Prozesse der Pflegeleistung eine bedarfsgerechte, praxisorientierte und qualitätssichernde Lösung bieten. Eine enge Kooperation mit dem Facharzt, Physiotherapeuten und Kollegen im multiprofessionellen Team sind unbedingt nötig. Zu berücksichtigen sind allerdings, wie stets, die Individualität der Betroffenen, die Pflegesituation und die Abläufe in der Klinik/Einrichtung und der ambulanten Nachsorge. Diese Abläufe sichern auch eine ökonomische Versorgung.

Ziel der Pflege bei Kontinenzstörungen ist, die größtmögliche Rehabilitation der Betroffenen durch die Anleitung, Beratung und Schulung zur Selbstständigkeit in der Versorgung ihrer Kontinenzstörung zu erlangen. Sie bildet die Voraussetzung für Lebensqualität und die Reintegration der Betroffenen in das gewohnte Umfeld oder auch in den Beruf. Dies erfordert ein multidisziplinäres und ganzheitliches Vorgehen, ein Ineinandergreifen ärztlicher und pflegerischer Aufklärung, Behandlung und Begleitung im multiprofessionellen Team über den Krankenhausaufenthalt hinaus. Der vorliegende Artikel konzentriert sich dabei auf Prozessphasen der pflegerischen Aufgaben und Verantwortungen im Rahmen der Pflege-Prozesse bei Kontinenzstörungen.

Die sozial- gesellschaftliche Situation des Betroffenen

Kontinenzstörungen der Harnblase oder des Darmes sind die mittlerweile häufigsten Alterserkrankungen in den

Industrieländern der westlichen Welt. Inzwischen treten Kontinenzstörungen häufiger auf als kardiovaskuläre oder Gelenkserkrankungen. Heute spricht man in Fachkreisen beispielsweise in Deutschland von vier bis fünf Millionen Betroffenen, die sich wegen Harn- und/oder Stuhlinkontinenz in Behandlung befinden. Die Dunkelziffer dürfte diese Zahlen noch um 30 Prozent übersteigen. Bis zum Jahr 2030 wird eine Verdoppelung der Zahl der Betroffenen mit Kontinenzstörung erwartet. (Deutsche Kontinenzgesellschaft, Kassel 9/99)

Definition

Inkontinenz ist das Unvermögen, Harn- und/oder Stuhlabgang zurückzuhalten, um zu einem bestimmten Zeitpunkt willkürlich zu entleeren. Unwillkürlicher Urinverlust oder Stuhlabgang sind die Folgen. Ursache einer Inkontinenz können Fehlbildungen bzw. verschiedene Krankheits- oder Verletzungsfolgen sein.

Die Kontinenzstörung kann sich für den Betroffenen zu einem großen Problem entwickeln. Das plötzliche Unvermögen, seine Ausscheidungen kontrollieren zu können, bedeutet für viele einen Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben, verbunden mit der sozialen Isolation, rezidivierenden Hautproblemen und Harnwegsinfekten. Auch ist die Selbstversorgung plötzlich gefährdet und diese veränderte Lebenssituation bedeutet auch immer eine Einschränkung der Lebensqualität. Für jüngere Betroffene führt die Inkontinenz zu einschneidenden Veränderungen im Berufs- und Privatleben. Hinzu kommt, dass häufig noch immer kompetente Ansprechpartner flächendeckend fehlen. Diese Situation mit allen ihren Facetten stellt ein noch nicht umfassend erkanntes sozio-ökonomisches Problem dar.

Beeinflusst wird diese Situation durch die Veränderungen im Gesundheitswesen, wie z. B. verkürzte Liegezeiten und damit verbundene Reduzierung der Möglichkeit eine Kontinenzstörung aufzudecken.

Diese Entwicklungen stellen neue Anforderungen an die qualifizierte Pflegefachkraft. Neben einer frühzeitigen Pflegeplanung, einer optimalen Versorgung und der kompetenten Betreuung und Beratung durch qualifizierte Pflegefachkräfte wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, stationärer Rehabilitation, Ambulanz und Nachsorge immer wichtiger, um die Behandlung/Rehabilitation über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu gewährleisten und Versorgungseinbrüche oder „Drehtüreffekte“ zu vermeiden.

Die wachsenden Anforderungen in der Pflege von Menschen mit Kontinenzstörungen machen eine umfangreiche und differenzierte Qualifizierung der Pflegenden nötig. Die Pflege sollte daher vorzugsweise durch Pflegefachkräfte erfolgen, die die für ihre jeweilige Tätigkeit notwendigen fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten durch eine spezielle Weiterbildung oder durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen und Praxiserfahrung im Bereich der Kontinenzversorgung sowie analytische, kommunikative und soziale Kompetenz erworben haben. Die etablierten Weiterbildungen zur Stomatherapeutin umfassen darüber hinaus Lehrinhalte zur Stomatherapie und Wunde um diese Anforderungen zu erfüllen.

In der Folge wird die Versorgung/Pflege des Betroffenen mit Kontinenzstörung anhand des Phasenmodells zum Tätigkeitsprofil für Pflegekräfte „Kontinenzversorgung“ des ECET (European Council of Enterostomal Therapy) e. V., München, vorgestellt:

- I. Erstgespräch
- II. Pflege und Einschätzung vor Diagnostik, Überleitung zum Arzt
- III. Pflege und Einschätzung nach erfolgter Diagnostik
- IV. Pflegeplanung
- V. Pflegehandlungen
- VI. Zusammenarbeit mit Prozessbeteiligten

Der erarbeitete Entwurf für die Erarbeitung eines Phasenmodells folgt in

der Darstellungsform in Phasen, damit Zielsetzung, Anforderungen, Handlungsabfolgen und gewünschte Ergebnisse der Pflege bei Kontinenzstörungen konzentriert zusammengefasst werden können (Abb. 1). Der Entwurf erhebt nicht den Anspruch, den Anforderungen zu entsprechen, die an den wissenschaftlich ausgerichteten Expertenstandard gestellt werden, sondern soll praxisorientiert die Kriterien einer angemessenen und bedürfnisorientierten Pflege bei Kontinenzstörungen beschreiben.

I. Erstgespräch

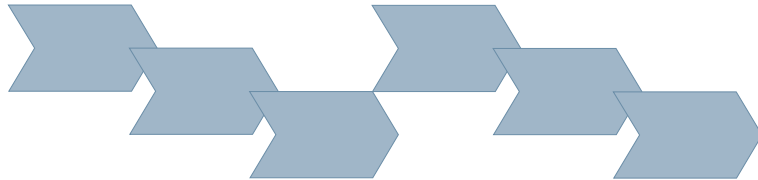
Die Informationssammlung ist ein fester Bestandteil des Pflegeprozesses und dient u. a. dazu, Pflege einzuschätzen, nachvollziehbar zu machen, um eine pflegerische Lösung (z. Bsp. Anleitung, Beratung und Schulung) für den Patienten zu erarbeiten. Eine Reihe definierter voneinander abhängiger Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritte führen zielgerichtet zur Lösung. Hier ist es häufig Aufgabe der Pflegefachkraft oder Stomatherapeutin in einem Erstgespräch oder im Rahmen der pflegerischen Anamnese evtl. vorliegende Kontinenzstörungen zu erfragen, da nicht selten die Betroffenen diese verschweigen, oder bisher nicht öffentlich machen konnten. Oft werden Kontinenzstörungen als „Zufallsbefund“ im Gespräch ermittelt. Aus pflegerischer Sicht bieten sich für dieses Gespräch standardisierte Fragebögen an, um ein weitestgehend einheitliches Ergebnis zu ermitteln. Vor Einleitung der Pflegehandlungen sollte immer geklärt werden, ob bereits eine Diagnostik der vorliegenden Kontinenzstörung erfolgte. Falls diese nicht zeitnah durchgeführt wurde, ist eine multidisziplinäre Diagnostik anzustreben.

II. Pflege und Einschätzung vor Diagnostik, Überleitung zum Arzt

Vor Einleitung der Pflegehandlungen sollte immer geklärt werden, ob bereits eine medizinische Diagnostik der vorliegenden Kontinenzstörung erfolgte, um dann auch die entsprechenden pflegerischen Maßnahmen zu planen. Falls die Diagnostik nicht zeitnah durchgeführt wurde, ist diese mit dem Arzt einzuleiten. Die Rehabilitation des Betroffenen mit Kontinenzstörung erfordert ein interdisziplinäres

Pflege bei Kontinenzstörungen, prozessorientiert-interdisziplinär? – multiprofessionell?

Vorher?



Schnittstellen? Versorgungseinbrüche? Drehtüreffekt?

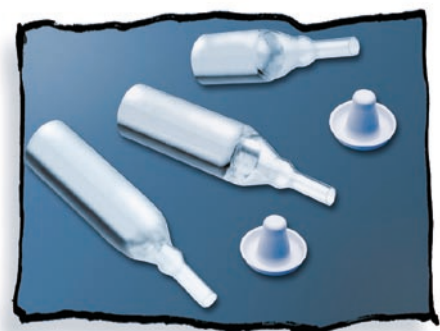
Nachher!

→ Kontinuierliche bedarfsgerechte Versorgung

Abb: ECET Deutschland e. V., München



Harn-Ableitungssysteme, z. B. von Hollister, Inc.



Kondom-Urinalen, z. B. von Hollister, Inc.

Zusammenspiel im Krankenhaus, in der Rehabilitationseinrichtung und im ambulanten Bereich, die sich in ihren verschiedenen fachspezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten ergänzen. Eine endgültige Hilfsmittelauswahl ohne vorhergehende Diagnostik ist eine rein „symptomatische“ Pflege.

III. Pflege und Einschätzung nach erfolgter Diagnostik, Zielsetzung der Pflegeplanung

Nach erfolgter Diagnostik werden mit dem Betroffenen mögliche Therapien, pflegerische Maßnahmen besprochen, angeboten und nach Prioritäten geplant.

Pflegerische Maßnahmen sind u.a:

- Hautinspektion, und bei Bedarf Hautpflege
- Miktionsprotokoll oder Auswertung des Miktionsprotokolls und Besprechen der daraus resultierenden Interventionen
- Auswahl, Beratung, Anleitung oder Schulung der vorläufigen Versorgung (Hilfsmittel)

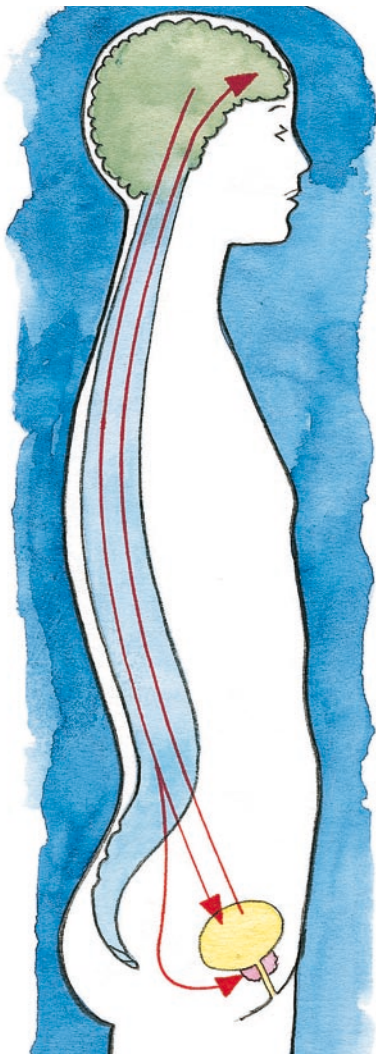
- Bedürfnisse unter Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes sind ebenfalls zu ermitteln.

Dieses Vorgehen bietet ein zielgerichtetes Vorgehen, das Probleme berücksichtigt, und die Fähigkeiten des Betroffenen berücksichtigt. Die Interventionen/Maßnahmen können im Zusammenhang gesehen und mögliche Wechselwirkungen erkannt werden.

IV. Pflegeplanung

Die Pflegeplanung ist dynamisch und zyklisch und bei Abweichungen zum momentanen Ergebnis oder gesteckten Ziel muss der Prozess überprüft und ggf. neu definiert oder durchlaufen werden. Ziel ist eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Umsetzung des Maßnahmenplans zu erreichen. Hierzu sind notwendig.

- Auswertung des Miktionsprotokoll und Besprechen der daraus resultierenden Interventionen
- Auswahl und Anpassen der individuellen Versorgung (Hilfsmittel) sowie



Übermittlung des Miktionsreiz

Anleitung, Beratung und Schulung

- Abgleich der Bedürfnisse unter Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes

V. Pflegehandlungen

Die spezialisierte Pflegefachkraft muss möglichst alle relevanten Therapien und im Markt vorhandenen Materialien und Interventionsmöglichkeiten kennen. Dies ermöglicht über die momentanen Versorgungsmöglichkeiten hinaus, auch Auskunft zu geben, um eine patientenorientierte Lösung anbieten zu können. Dieses Wissen trägt auch zum geforderten ökonomischen Handeln in der Pflege bei.

Begleitend oder ergänzend zur Therapie und Pflege können Maßnahmen wie Hautpflege und Aufklärung

zum Schutz der Haut, Toilettentraining, Beckenbodentraining, intermittierender Katheterismus und die Ausstattung mit saugenden oder ableitenden Inkontinenz-Hilfsmitteln zur Kompensation der Kontinenzstörung für den Betroffenen in Frage kommen. Die Hilfsmittel werden vom Arzt verordnet.

Psychosoziale Betreuung

Zusätzlich zu diesen sehr spezifischen Pflegehandlungen sollten psychosoziale Aspekte in die Behandlungskonzepte einfließen. Die Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Betroffenen kann durch weitere Informationen zur eigentlichen Krankheitsentstehung sowie Einflussfaktoren auf die Kontinenzstörung als auch prophylaktische Maßnahmen beinhalten. Auch Hinweise, dass nicht nur das persönliche Verhalten, sondern auch das Umfeld (Lage der Toilettenräume im häuslichen Umfeld) oder gesellschaftliche Strukturen Einfluss auf die Kontinenzstörung haben, können zur besseren Krankheitsbewältigung beitragen. Der Betroffene erhält Informationen und somit die Möglichkeit zur Stärkung seiner Gesundheit und zur Prävention weiterer Gesundheitsstörungen, wie z. B. Hautschäden, beizutragen. Um eigene Ressourcen zu mobilisieren oder neue Anforderungen zu bewältigen, ist es sinnvoll die Informationen durch Anleitungen, Beratungen oder auch Schulungen zu ergänzen.

Kontrolle und Korrektur der Versorgung

Die benötigte Anleitung, Schulung und Beratung im Gebrauch der Hilfsmittel werden von Pflegefachkräften und z. B. Physiotherapeuten mit dem Betroffenen besprochen.

Um den individuell notwendigen Bedarf an Versorgungsartikeln/Hilfsmitteln für die Betroffenen nach der Entlassung oder im kontinuierlichen Verlauf abzudecken, müssen die im multidisziplinären Team beteiligten verordnenden Ärzte und Pflegefachkräfte die nötigen Produkte kennen, sowie über die gültigen Erstattungsmodalitäten informiert sein, um Produktverordnungen verschiedener Hersteller möglichst ohne wirtschaftliche Aufzahlung zu ermöglichen. Die Versorgung ist dem Therapieverlauf als auch den Veränderungen der Ressourcen des Betroffenen kontinuierlich anzupassen. Wünscht der Betroffene darüber hinaus zusätzliche, nicht im Leistungskatalog

der Krankenkassen gelistete Hilfsmittel, so ist er zu informieren, dass er diese in Eigenleistung erhalten kann oder eine wirtschaftliche Zuzahlung leisten müsste.

Dokumentation und Überprüfung der Maßnahmen tragen dazu bei:

- Eine auf die Bedürfnisse des Betroffenen professionelle, systematische, aktualisierte Pflege nachzuweisen
- Die Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege, übersichtlich, konkret und vollständig im Verlauf darzustellen
- Kommunikation auch an Schnittstellen zu ermöglichen
- Die pflegerische Dienstleistung intern und extern darzustellen
- Informationen für das Personal- oder Verwaltungscontrolling bereitzustellen
- Die pflegerische Leistung auch im Rechtsfall nachzuweisen.

Bewertung der Wirkung der Pflegehandlung (Evaluation)

Die Pflegemaßnahmen sind zusammen mit dem Betroffenen, zu besprechen und zu beurteilen, um die Wirkung der Pflegemaßnahmen zu bewerten. Bestehende Mängel und deren Ursachen können erkannt werden und die Basis für entsprechende Korrekturen ist vorhanden. Unter Einbeziehung des Betroffenen kann die Zielsetzung angepasst oder ggf. neu formuliert werden.

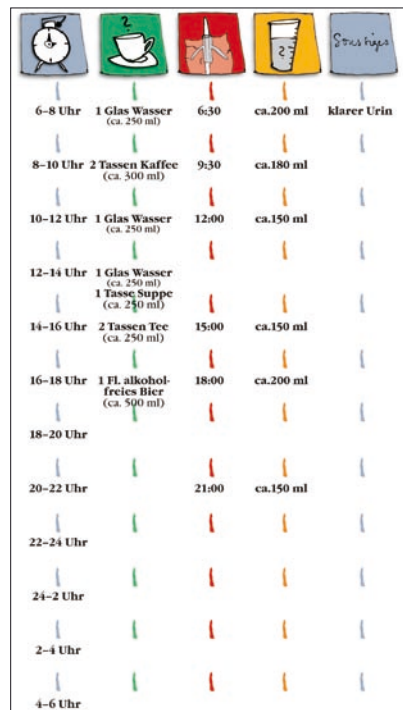
VI. Zusammenarbeit mit Prozessbeteiligten

Von Beginn an, d. h. von der Einschätzung der Kontinenzstörungen, hin zur Diagnostik und Therapieplanung müssen professionell Pflegende mit Ärztinnen und Ärzten sowie Teammitgliedern des multiprofessionellen Teams eng zusammenarbeiten, um die Kontinenz zu fördern, zur Kompensation der Kontinenzstörung beizutragen und Beeinträchtigungen des Betroffenen zu vermeiden. Ziel sollte sein, möglichst standardisiert vorzugehen, um einen hohen Akzeptanzgrad bei den Beteiligten im Team zu erreichen. Die Stomatherapeutin oder spezialisierte Pflegefachkraft wird auf Grund ihrer Nähe zum Betroffenen die Koordinationsfunktion im Prozess einnehmen können.

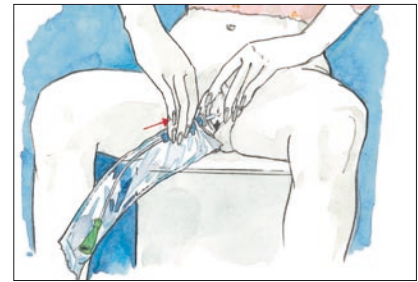
Die Zusammenarbeit mit Prozessbeteiligten kann oder wird beinhalten:

- Absprache und Austausch mit dem behandelnden Arzt und Fachärzten

- Absprache sowie Mitarbeit im multidisziplinären Team
- Entlassungsmanagement planen und durchführen
- Kontaktvermittlung zu anderen Berufsgruppen und Selbsthilfegruppen
- Betrachtung des sozialen und beruflichen Umfelds (Wiedereingliederung) mit dem Sozialdienst
- Langfristiger Ansprechpartner bei Fragen und Problemen sein, z. B. Anbieten einer Sprechstunde
- Mitarbeit in der Fort- und Weiterbildung, Anleitung Krankenpflegepersonal sowie Unterricht für Auszubildende, Zusammenarbeit mit Mentoren
- Gutachtertätigkeit
- Kontakt und Kommunikation mit Krankenkassen
- Kontakt zur Industrie
- Hinweise zur Weiterentwicklung der Produkte
- Information bei neuen Produkten
- Informationen bei Änderungen im Gesundheitswesen



Beispiel eines Miktionsprotokolls



Intermittierender Katheterismus bei der Frau

auch Koordinationsstelle für die Medizin dar, um Diagnostik, Therapie sowie Informationen und kompetente Ansprechpartner für die Behandlung bei Kontinenzstörungen und Selbsthilfe zu erhalten. Im Fokus der Prozessorientierung sollte immer die Praktikabilität stehen, hier vor allem die Berücksichtigung der zunehmenden interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeit im Pflegeberuf, um die Entwicklung zur Qualitätssicherung zu unterstützen.

Wir möchten diese Ansätze als Grundlage für die Diskussionen mit den Beteiligten an der Rehabilitation für eine patientengerechte, qualitätssichernde Pflege bei Patienten oder Betroffenen mit einer Kontinenzstörung sehen und damit die Grundlage für individuelle Lösungsmöglichkeiten.

Ausblick

Auch unter dem Kostendruck im Erstattungswesen ist zu berücksichtigen, dass Hilfsmittel nur dann ihren Wert und ihre Bedeutung für den Rehabilitationsprozess einnehmen können, wenn sie weiterhin qualitativ hochwertig, erstattungsfähig und individuell für den Betroffenen verfügbar sind. Diese Voraussetzung trägt u. a. dazu bei, einer Einschränkung in der Pflege, im Versorgungsprozess und der Rehabilitation entgegen zu wirken.

Informationen:

Fachverbände für Stoma- und Kontinenzhilfe:
 Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich:
www.inkontinenz.at
 ÖVET - Verband Österreichischer Stomatherapeuten/innen:
www.stoma-wund-kontinenz.com
 Deutsche Kontinenzgesellschaft, Kassel: www.kontinenz-gesellschaft.de
 EUROPEAN COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPY-ECET Deutschland e.V.
www.ecet.de

10. ECET Kongress

Termin: 14. bis 17. Juni 2009

Ort: Porto, Portugal

Informationen: www.ecet-stomacare.org

Wichtig ist bei der prozessorientierten Arbeit, Zuständigkeiten der Berufsgruppen und deren Aufgabenfelder und deren Assessment-Instrumenten zu definieren und transparent zu machen. Dies unterstützt die benötigte Form der Dokumentation und Informationsübermittlung. Prozessdarstellungen wie deren Kern-, Management- und Hilfsprozessdarstellungen werden die hierarchischen Strukturen bzw. die bisherigen Organisationsstrukturen ablösen, um bedarfsorientiert zu arbeiten. Die Persönlichkeit, die Wünsche als auch der Schutz individueller Daten für die Interessen des Betroffenen sind zu berücksichtigen. Hilfreich und unterstützend in der Durchführung können u. a. sein: Arbeitsanweisungen, Verfahrensanweisungen und standardisierte Handlungsanweisungen usw..

Zu beachten ist

Besonders bei Verlegungen im Haus als auch beim Übergang vom stationären in den poststationären Bereich können Versorgungseinbrüche auftreten oder sich manifestieren. Sie können zu unnötiger Belastung der Betroffenen oder deren Angehörigen führen. Diese Situation kann zu Drehtüreffekten, d. h. erneuter Einweisung oder wieder beginnender Diagnostik und Behandlung führen. Werden im fragmentierten Bereich des Gesundheitswesens interdisziplinäre sowie multiprofessionelle An-

sätze angestrebt, und nach der Entlassung auch einrichtungs- bzw. sektorenübergreifende Versorgungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem angestrebt, kann diese Kooperation einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Kontinenzstörungen beitragen.

Darüber hinaus ist zu beachten

Die Inkontinenz ist in den vergangenen Jahren aus dem Tabubereich getreten, da in der Öffentlichkeit über Inkontinenz, deren Diagnostik, Therapie und Versorgung gesprochen wird. Diese Entwicklungen und die Erstattungsfähigkeit der die Therapie ergänzenden Hilfsmittel bedeuten für viele Inkontinente einen großen Schritt in die selbstbestimmte Eigenständigkeit und der bessere Umgang mit der Kontinenzstörung eine Steigerung der Lebensqualität. Weitere Informationen für die Pflege bei Kontinenzstörungen sind bei den Verbänden der Pflegefachkräfte ECET D e. V. in Deutschland und dem ÖVET in Österreich erhältlich. Die ÖVET, Vereinigung der Stomatherapeuten in Österreich, sowie die Medizinische Kontinenzgesellschaft, (MKÖ), Innsbruck mit zahlreichen Beratungsstellen innerhalb Österreichs stellt für viele Betroffene oder auch Betreuende eine Anlauf- oder