

„Haus **MARANATHA**“

Vollstationäre Einrichtung für pflegebedürftige Erwachsene
Inhaber: Johannes Paetzold

Inkontinenzprophylaxe

Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
(entsprechend aktualisiertem Expertenstandard 2014)
(1054)

Inkontinenz kommt in zwei Hauptarten vor, die jeweils unterschiedliche Ursachen, Prophylaxen und Behandlungswege erfordern. Unter Harninkontinenz versteht man den unfreiwilligen Abgang von Harn. Unter Stuhlinkontinenz versteht man den unfreiwilligen Abgang von Stuhl.

1. Wer kann betroffen sein?

1) **Harninkontinenz** – es gibt verschiedene Typen, auf die hier jedoch nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Darum nur eine Auflistung: Belastungs – oder Stressinkontinenz, motorische oder sensorische Dranginkontinenz, Überlauf- und Reflexinkontinenz.

Die Harninkontinenz kommt in jedem Alter vor, nimmt aber im Alter aus verschiedenen Gründen nicht nur zu, sondern tritt auch in Mischformen auf. Darum ist es oft nicht möglich, sie einem bestimmten Typ zu zuordnen. Auch sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Wichtig ist, die Ursachen zu ergründen, um möglichst erfolgreich dagegen vorgehen zu können. Wir unterscheiden sechs Hauptgruppen, die getrennt zu betrachten sind

H 1) **Probleme beim Wasserlassen** – hierzu gehören verringertes Fassungsvermögen der Blase (häufigerer Harndrang), Elastizitätsverlust des Schließmuskels, Verringerung oder Verlust der Empfindsamkeit (Harn geht unbemerkt ab), äußere Umstände lösen Harndrang aus (Geräusch laufenden Wassers, kalte Füße)

H 2) **Kontrollverlust** – hierzu gehören der Rückgang von Nervengewebe im Gehirn, welches das Miktionszentrum beeinflusst (ist keine Toilette in der Nähe, wird der Befehl gegeben, Urin zurück zu halten)(neurogene Blase), Schlaganfall, Alzheimer, Parkinson

H 3) **Diabetes mellitus** – durch Mangel durchblutung können Nervenstörungen auftreten, die verschiedene Auswirkungen auf die Blasenfunktion haben (die Dehnung der Blasenwand wird nicht mehr wahrgenommen, das Gefühl für den Harndrang geht verloren), Blasenmuskelschwäche (keine vollständige Entleerung mehr möglich), Bildung von Restharn, in der Folge Infektionen

H 4) *speziell bei Frauen* **Östrogenmangel** – Veränderungen der Schleimhäute u. a. von Blase und Harnweg (Inkontinenz bei niesen und husten), Dranginkontinenz in Form der Reizblase

H 5) **Harnwegsinfekte** – die sowohl bei Männer wie auch Frauen zu Blasenentzündungen führen können (mangelnde Hygiene, Diabetes (Restharn), Prostatavergrößerung (Restharn), aufsteigend Harnleiter- und Nierenerkrankungen)

H 6) **der Ruf nach Zuwendung** – manche Pflegebedürftige sehnen sich nach mehr Zuwendung. Damit kann Inkontinenz als Mittel zum Zweck werden, wenn diese den einzigen körperlichen Kontakt gewährleistet (Das Wechseln von Inkontinenzhilfsmitteln kann als angenehm empfunden werden und als Ersatz für das Sexualleben dienen), Aufmerksamkeit erregen (Inkontinenz sichert uneingeschränkte Aufmerksamkeit), Rache (gegen die eigene körperliche Situation der Hilflosigkeit), Druckmittel

(gegen Pflegenden, sie sollen sich mehr um ihn kümmern), Aufgabe (der Betroffene hat den Kampf gegen die Inkontinenz aufgegeben, er kann nicht mehr)

2) **Stuhlinkontinenz** – hierbei gilt es verschiedene Schweregrade und Formen zu berücksichtigen. Je nach Einbeziehung verschiedener Faktoren können Männer (mit Stuhlschmierern) oder auch Frauen häufiger betroffen sein. In der Fachliteratur wird die Schwere in drei Hauptgruppen unterschieden – unkontrolliert abgehende flüssig/
 breiige Stühle und Winde bei Belastung, unkontrollierter abgehender
 dünnflüssiger Stuhl/ Stuhlschmierern unter Belastung und unkontrolliert abgehender geformter Stuhl.

Im Bereich der Altenpflege relevante Formen sind Kotanstauungen im Dickdarm (rektale Koprostase) mit der Bildung von verhärteten Kotballen (Kotsteine), Störung der Reservoirfunktion des Enddarmes (im Zusammenhang mit einem Tumor, M. Crohn, Colitis ulcerosa), sensorische (Bewusstlosigkeit, Schlaganfall), muskuläre (Dammriß bei Geburtsvorgang, Beckenbodeninsuffizienz, Darmvorfall, Fisteln) und neurogene Inkontinenz (Metastasen/Tumor, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Nervenschädigung).

2. Ziele der Inkontinenzprophylaxe

Je nach Ausgangssituation **Erhaltung** der Kontinenz und **Förderung** der Kontinenz, Wohlbefinden und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gewährleisten, intakte Haut, Vermeidung von Uringeruch, Optimierung des Hilfsmittelbedarfes, Flexibilität und Engagement des Bewohners steigern, Reduzierung oder Vermeidung des Einsatzes von Blasen(dauer)kathetern, Vermeidung von Folgeerkrankungen

Die Förderung der Kontinenz erfolgt in mehreren Stufen.

- a) unabhängig erreichte Kontinenz (der Betroffene benötigt keine personelle Unterstützung. Erforderliche Maßnahmen kann er selbständig durchführen)
- b) abhängig erreichte Kontinenz (es gibt keinen unwillkürlichen Harnverlust. Es ist aber personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen erforderlich)
- c) unabhängig kompensierte Inkontinenz (es gibt unwillkürlichen Harnverlust. Es ist aber keine personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen erforderlich)
- d) abhängig kompensierte Inkontinenz (es gibt unwillkürlichen Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen ist erforderlich)
- e) nicht kompensierte Inkontinenz (es gibt unwillkürlichen Harnverlust. Personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht angenommen oder sind nicht ausreichend)

Hierbei sind die verschiedenen Formen und Ursachen zu beachten

3. Maßnahmen

Bevor auf die einzelnen erforderlichen oder möglichen Maßnahmen eingegangen werden kann ist zunächst festzustellen, welcher Kontinenzkategorie der Bewohner zuzuordnen ist (Formular „Kontinenzstatus“). Die Ersterhebung erfolgt bei Aufnahme. Danach im individuell festgelegten Turnus. Hierbei ist auf die Dokumentation, die Beobachtungen der Pflegenden, auf Informationen des Betroffenen, von Angehörigen und/oder begleitender Dienste zurück zu greifen. Hieraus wird ein Kontinenzprofil für diesen Bewohner angelegt (Formular „Kontinenzstatus“), das auch die Unterschiede zwischen Tag und Nacht, und soweit erforderlich Harn- und/oder Stuhlinkontinenz berücksichtigt. Hierzu stehen die entsprechenden Formulare zur Verfügung, die bei Bedarf der

Dokumentation beizufügen sind. **In der Dokumentation ist neben der differenzierten Einschätzung festzuhalten, dass dem Bewohner eine Beratung zur Kontinenzsituation angeboten wurde.**

Bei **kontinenten** Bewohnern sind Wiederholungserhebungen **alle 3 Monate** vorzunehmen, bei **inkontinenten** Bewohnern **individuell** je nach Entwicklung gemäß im entsprechenden Formular vorgegebenen Intervallen.

Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz

Abstimmung mit behandelndem Arzt; saugende Einmalhilfsmittel; ableitende externe Hilfsmittel (z. B. Urinflaschen, Urinalkondome); invasive ableitende Hilfsmittel (Blasenkatheter; suprapubischer Katheter)

H 1) Probleme beim Wasserlassen

Toilettentraining – feststellen, in welchen zeitlichen Abständen Kontinenz gewährleistet ist; liegen Abstände fest (individuellen Zeitplan festlegen), auffordern, zur Toilette zu gehen, alt. begleiten, alt. zur Toilette bringen je nach Situation des Bewohners; ggf. Bewohner über Inkontinenzeinmalartikel aufklären und diese unterstützend oder alt. einsetzen nach Stärke der Inkontinenz (diverse Größen und Saugstärken beachten) so viel wie nötig, so wenig wie möglich (auf korrekte Rezeptierung achten!), stets für ausreichenden Vorrat sorgen; für warme Füße sorgen (warme Strümpfe, geschlossene Schuhe); ggf. nach ärztlicher Verordnung Diuretika;

H 2) Kontrollverlust

Bei Störung des Miktionszentrums Toilettentraining (siehe H 1); sonst angepasste Inkontinenzeinmalartikel einsetzen (siehe H 1); Diuretika (siehe H 1)

H 3) Diabetes mellitus

Toilettentraining (siehe H 1); wo möglich Beckenbodentraining zur Stärkung der Muskulatur; auf Anzeichen von Infekten achten; bei Infekten Arzt verständigen und verordnete Therapie anwenden;

H 4) speziell bei Frauen Östrogenmangel

Entsprechende Therapie mit Arzt abstimmen; Inkontinenzeinmalartikel (siehe H 1);

H 5) Harnwegsinfekte

Ärztliche Therapie mit Antibiotika nach Verordnung; besondere Beachtung der Intimhygiene; Inkontinenzeinmalartikel (siehe H 1);

H 6) der Ruf nach Zuwendung

Einbindung in Aktivitäten anbieten; erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden, dabei aber andere Bewohner nicht vernachlässigen; Inkontinenzeinmalartikel (siehe H 1);

Ausschlaggebend ist nicht, dass jede Unterstützungsleistung unmittelbar erfolgt, sondern entsprechend den in der Pflegeplanung (Maßnahmenplan) festgelegten Abständen angeboten wurde! Diese Zeitplanung ist vorher mit dem Pflegebedürftigen abzustimmen (z. B. begleiteter Toilettengang).

H 7) Weitere Maßnahmen

Infolge Harninkontinenz kann es zu Irritationen oder Schädigungen der Haut führen. Aus diesem Grunde ist eine sorgfältige Beobachtung, ggf. Behandlung erforderlich. Bei Einsatz von saugenden Materialien ist darauf zu achten, dass sie atmungsaktiv und entsprechend dem individuellen Bedarf saugstark sind. Bei Hautirritationen ist ggf. das Produkt zu wechseln. Bei Hautschädigungen ist zu prüfen, ob die Materialien korrekt eingesetzt wurden (Quetschungen, Reibungen), alternative Maßnahmen erforderlich oder geboten sind, Hautschutzmaßnahmen ergriffen werden müssen (Abstimmung mit behandelndem Arzt)

Stuhlinkontinenz

bei Stuhlschmierer Inkontinenzeinmalartikel (siehe H 1); spielt der Bewohner mit Stuhl, möglichst solche Kleidung wählen, dass Bewohner nicht an Stuhl heran kommt; bei flüssig/ breiigen Stühlen auf natürliche Weise mit z. B. Bohnenkrauttee (starker Durchfall) oder ärztlich verordnete Therapie (medikamentös); bei häufigen, riechenden Winden ärztlich verordnete Therapie; bei harten Stühlen Stuhlgang fördernde Ernährung (Milchsäurehaltige Nahrungsmittel – Quark mit Körnern, Ölsaaten; Sauerkraut;) und ärztlich verordnete Weichmacher; b.B. ärztlich verordnete Abführmittel; digitale Ausräumung (ggf. letztes Mittel)

4. Dokumentation

1. Inkontinenz wird in der **Anamnese** unter dem AEDL „**ausscheiden**“ erhoben. Der Kontinenzstatus wird auf einem Zusatzblatt erhoben.
2. In der **Pflegeplanung** erfolgt die Dokumentation ebenfalls unter dem AEDL „**ausscheiden**“ Aus dem Inkontinenzprophylaxestandard wird unter Ressourcen und Probleme die entsprechende Problemstellung unter 1. übernommen; unter Ziele die hierzu entsprechende Zielsetzung unter 2., unter Maßnahmen die entsprechende Maßnahme unter 3. dieses Standards eingetragen.

Bei dauerhafter Änderung der Kontinenzsituation sind die entsprechenden Anpassungen in der Pflegeplanung vorzunehmen.

3. **Durchführungsnachweis:** die Inkontinenzprophylaxe wird immer einem bestimmten Bewohner zugeordnet und unter Maßnahmen mit der **Nr. 1054** als Einzelmaßnahme in der ersten, im Zusammenhang mit einer grundpflegerischen Maßnahme als Zusatzinformation in der zweiten Maßnahmenpalte dokumentiert. Sind zwei Mitarbeiter erforderlich, trägt sich jeder Mitarbeiter mit dem gleichen Bewohner und der gleichen Maßnahmen-Nummer ein.

5. Zuordnung in der Pflegeplanung

Die Inkontinenzprophylaxe ist dem AEDL „**ausscheiden**“ zuzuordnen. In der Pflegeplanung ist dabei lediglich auf den Standard **1054** - „Inkontinenzprophylaxe“ zu verweisen.

6. **Wer hat die Inkontinenzprophylaxe zu berücksichtigen?**
alle pflegenden Mitarbeiter