

> Tabuthema Harn- und Stuhlinkontinenz

Gut beraten, sicher unterwegs

UWE PAPANIKORDT

Inkontinenz ist ein sehr belastendes Problem, über das Betroffene nicht gern sprechen, insbesondere nicht über Stuhlinkontinenz. Heute steht den Patienten aber eine Vielzahl von Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung, die es leichter machen, mit Inkontinenz umzugehen und auch unbeschwerter am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Für Pflegende kommt es hier auf die richtige Auswahl der Produkte an. Und das geht nur mit entsprechenden Kenntnissen ...

Die Thematik des unwillkürlichen Verlustes von Urin oder Stuhl betrifft in Deutschland eine hohe Personenzahl. Offizielle Schätzungen sind oft sehr vage und Pflegende, die sich mit diesem Bereich auseinandergesetzt haben, wissen, dass viele Patienten gerade dieses Tabu nicht thematisieren wollen. Aufgrund einer solchen Art des Copings (Verdrängen/Ignorieren) kann man heute von einer Dunkelziffer ausgehen, die die Anzahl der an Kontinenzstörungen leidenden Menschen auf über zehn Millionen Mitbürger steigen lässt. Überraschend sind diese Erkenntnisse nicht. Der soziale Umgang miteinander und die hygienische Kompetenz stellen einen entsprechenden Status dar. Die Fähigkeit, die Ausscheidungen zu kontrollieren, stellt auch gleichzeitig einen Level für andere Fähigkeiten dar, die dementsprechend an- oder aberkannt werden. Schon unter Kindern ist ein Inkontinenzereignis im sozialen Umfeld mit Gleichaltrigen ein Makel. Diese Erfahrungen prägen unseren Lebensweg und ein Rückfall in diese Entwicklungsstufe stellt viele Menschen vor ungeahnte psychische und physische Probleme.

Der größte Faktor, der zu dieser hohen Tabuisierung im Bereich der Inkontinenz beiträgt, ist die Verlustangst bezüglich des sozialen Status. Denn: Wer wird inkontinent? Obwohl beispielsweise die Menstruationsversorgung in der täglichen Werbung vorkommt, ist es zugleich nicht einfach, Menschen in der breiten Masse zum Thema Inkontinenz zu informieren. Am Stammtisch wird eher über ein Rückenleiden gesprochen als über Urinverlust.

Die Unwissenheit in der Bevölkerung ist im Bereich der Inkontinenz noch recht hoch. Aber auch in unseren Fachberei-

chen. Dort steht es um das Wissen um Inkontinenzformen und Versorgungsmöglichkeiten nicht zum Besten. Das mag verwundern, sind es doch gerade diese Tätigkeiten, mit denen Pflegekräfte in der Bevölkerung oft in Verbindung gebracht werden.

Die Ver- und Entsorgung von Inkontinenzereignissen ist sozusagen ein „Kerngeschäft“ der Pflege. Woher kommt dann die Diskrepanz zwischen Wissen und Versorgen? Leidet ein Diabetiker an einem hohen Blutzucker, bestimmen die Kollegen erst dessen Wert, bevor Sie Medikamente einsetzen. Kommt es bei einem Patienten zu einem Inkontinenzereignis, werden häufig ungeachtet der Inkontinenzform, der abgehenden Urinmenge oder des Hautzustandes die Hilfsmittel eingesetzt, die „im Schrank“ liegen. Dieses „blinde Versorgen“ führt oft zu desolaten Hautzuständen und verursacht hohe Kosten.

Das liebe Geld ...

Denn auch wirtschaftlich ist eine Kontinenzstörung eine Herausforderung. Genaue Zahlen werden in diesem Zusammenhang selten publiziert. Es gibt zwar eine Vielzahl durchgeführter Studien zum Thema Kosten der Inkontinenz, jedoch sind es oft nur bedingt vergleichbare Studien, die einen hohen Spekulationsrahmen bieten. Fakt ist, dass die Versorgung einer bestehenden Kontinenzstörung eine hohe Zahl an unterschiedlichsten Kosten verursacht.

Die Wissenschaftlerin Anja Neumann vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen unterscheidet in einer Publikation (2008):

- Medizinische Folgekosten – zum Beispiel weitere medizinische oder me-

dikamentöse Behandlungen, Notfallleistungen, Spätfolgen, professionelle Pflegeleistungen

- Nicht medizinische Kosten – zum Beispiel Fahrtkosten, Haushaltshilfen
- Indirekte Kosten – zum Beispiel Produktivitätsausfälle wie Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, vorzeitiger Tod
- Interventionskosten – zum Beispiel Operationen, Medikamente, Schulungsmaßnahmen

Der Forscher Ingo Füsigen unterschied in einem Artikel (1998):

Direkte Kosten:

- Hautunverträglichkeit
- Harnwegsinfekt
- Druckgeschwür
- Stürze
- Urosepsis
- Einschränkung der Aktivität

und indirekte Kosten:

- Allergie (medikamentös oder durch Hilfsmittel)
- Medikamentennebenwirkung
- Medikamenteninteraktionen

Anhand dieser Aufzählungen wird deutlich, wie komplex und begründet die Frage nach den Kosten einer Kontinenzstörung ist.

Kosten zu reduzieren ist vor dem Hintergrund ökonomischer Zwänge immer ein primäres Ziel. Daher ist es sinnvoll, im Bereich der Kontinenzversorgung durch gezielte Fort- und Weiterbildung den Kenntnisstand zum Thema Harn- und Stuhlinkontinenz zu erhöhen. Durch angepasste Versorgung kann Geld gespart werden.

Formen der Inkontinenz

Die Internationale Continence Society definiert die Inkontinenz als: „Zustand, bei dem unwillkürlicher Urinverlust ein soziales oder hygienisches Problem bedeutet und objektiv dargestellt werden kann.“ (ICS 1973). Im Umkehrschluss heißt das: Kontinenz bedeutet, den Ort und die Zeit der Entleerung der Blase und des Darms selbst bestimmen zu können.

Diagnostik	Anamnese
Medizinische Anamnese	Angaben über das Miktionsverhalten und die Häufigkeit (Miktionsprotokoll)
Urinstatus	Erfassung von PH-Wert, Nitrit, Eiweiß, Glukose, Leukozyten und Erythrozyten
Urinkultur	Zum Nachweis von Keimanzahl (Quantität) und Keimart (Qualität) in der Harnblase. Grundlage zur evtl. antibiotischen Therapie.
Sonographie	Zur Lagebestimmung der Organe, evtl. Veränderungen in oder an den Strukturen des Urogenitaltraktes. Bestimmung von Restharn.
Ausscheidungsurogramm	Kontrastmitteldarstellung des Hohlsystems.
Miktionszystourethrogramm	Kontrastmitteldarstellung unter Miktionsbedingungen.
Funktionstests	Bonney Test (bei voller Blase im Stehen husten) Pad Weight Test (Wiegen von Vorlagen vor- und nach Benutzung. Quantifizierungstest) Uroflowmetrie (Harnflussmessung – Flussrate pro Zeiteinheit)
Zystomanometrie	Beurteilung der Blasen- und Bauchdrücke unter Füllungs- und Entleerungszuständen durch eingelegte Messkatheter.
Videourodynamik	Sehr komplexes Untersuchungsverfahren zur Bestimmung der Inkontinenzform und der Blasen-/Harnröhrendrücke.

Tabelle 1: Diagnostik und Anamnese bei Kontinenzstörungen

Damit wird das Tabu schon minimiert. Denn in einem Verkehrsstau mit voller Blase hat man nicht unbedingt die Möglichkeit, Ort und Zeit der Entleerung frei zu wählen. Bei dieser Situation würde jedoch niemand von Inkontinenz sprechen. Daher sollten die Formen der Inkontinenz jeder Pflegekraft bewusst sein. Auch wenn es in den letzten Jahren ständig zu Namensänderungen gekommen ist, verbergen sich hinter den neuen Namen die bekannten Ausprägungen.

Pflegende können einen elementaren Einfluss auf die Situation der Betroffenen haben, wenn sie in der Lage sind, anhand der bestehenden Inkontinenzform die entsprechenden Optionen an Hilfen und Versorgung an bieten zu können.

Klassische Inkontinenzformen sind:

1. Belastungsinkontinenz
2. Dranginkontinenz

3. Chronische Harnretention
4. Reflexinkontinenz
5. Extravesikale-/urethrale Inkontinenz

Da oft symptomatisch nicht klar zugeordnet werden kann, kommen noch Bezeichnungen wie *Mischinkontinenz* und *unkategorisierbare Inkontinenz* hinzu.

Belastungsinkontinenz

Unfreiwilliger Urinverlust beim Niesen, Husten oder Heben kennzeichnet eine Belastungsinkontinenz. Ursache hierfür ist in der Regel eine Druckerhöhung im Abdomen. Übersteigt der abdominale Druck den Verschlussdruck der Urethra kommt es zum Verlust von Urin.

Ursachen und Risikofaktoren sind klar umrissen. Adipositas und Bindegewebsschwächen sind genauso häufig beteiligt wie schweres Heben, eine chronische Bronchitis oder Heu-

schnupfen. Die Grundlagen bestehen immer darin, dass der Verschlussdruck der Urethra vom Druck im Bauchraum überschritten wird und der Beckenbodens erschlafft. Spontangeburt sind in der Vergangenheit ebenfalls oft als Ursache für eine Belastungsinkontinenz angeführt worden. Darüber wird heute kontrovers diskutiert.

Die Schweregrade der Belastungsinkontinenz werden unterschieden in:

- I. Grades: Harnverlust beim Pressen, Husten oder Niesen
- II. Grades: Harnverlust bei Veränderung der Körperlage
- III. Grades: Harnverlust bereits im Liegen

Dranginkontinenz

Ein nicht zu unterdrückender (imperativer) Harndrang kennzeichnet eine Dranginkontinenz. Hierbei führen unwillkürliche Kontraktionen der Harnblase zu ungewolltem Harnverlust.

Diese oft auch als „Urge“-Inkontinenz bezeichnete Form kann ihre Ursachen in der Blasenstruktur aber auch im zentralen Nervensystem haben. Die Urinmenge, die bei einem Inkontinenzereignis dieser Form abgehen kann, ist sehr variabel. Diese hohen Flüssigkeitsunterschiede führen oft zu schwierigen Versorgungsverhältnissen.

Als Ursachen kommen hier ebenfalls viele unterschiedliche Grunderkrankungen infrage. Sie reichen von der Blasenentzündung und dem Harnwegsinfekt über Tumorleiden bis hin zu Abflussbehinderungen mit Harnretention. Darüber hinaus lösen auch Störungen des ZNS diese Form oft aus. So kann es bei Multipler Sklerose, Apoplexien oder Morbus Parkinson ebenso zu einer Drangsymptomatik kommen, wie bei demenziellen Erkrankungen.

Chronische Harnretention

Diese Form war früher unter dem Begriff „Überlaufinkontinenz“ bekannt. Der Begriff kennzeichnet das Problem. Durch anatomische Veränderungen kommt es zu Lageabnormitäten, die zu einer inkompletten Blasenentleerung führen. Oft ist diese Form von ständigem Harnträufeln gekennzeichnet. Es kommt allerdings durch den verbleibenden Urin nach einer Entleerung oft zu Harnwegsinfekten, die dann eine begleitende Drangkomponente auslösen. Daher werden heute oft sogenannte Mischformen erwähnt.

Reflexinkontinenz

Diese Inkontinenzform ist auch unter dem Begriff „neurogene Blasenentleerungsstörung“ bekannt. Unter physiologischen Bedingungen kann bei Füllung der Blase eine ungewollte Entleerung willkürlich unterdrückt werden. Afferente Dehnungsimpulse werden über das sakrale Miktionszentrum und spinale Bahnen in das Gehirn fortgeleitet.

Willkürliche, hemmende efferente Impulse unterdrücken eine ungewollte Detrusorkontraktion des peripheren Reflexbogens und damit eine ungewollte Blasenentleerung. Kommt es zu einer Unterbrechung der Nervenbahnen, führt dies zu einem kompletten oder inkompletten Verlust der zentralen Hemmung des Miktionsreflexes. Eine ungehemmte, willkürlich nicht unterdrückbare Kontraktion des Detrusors mit ungewolltem Urinverlust ist die Folge.

Extravesikale und extraurethrale Harninkontinenz

Diese Inkontinenzform ist durch eine fehlerhafte Anatomie der ableitenden Harnwege gekennzeichnet. Entwicklungsschäden führen hier häufig zu falsch positionierten Harnleitern, oft mit Doppelnieren oder auch Fehlanlagen der Harnröhre mit Verbindungen in andere Körperregionen. Auch traumatische Veränderungen können verantwortlich für eine Fistelbildung sein. Von Fisteln sind meistens Frauen betroffen, zum Beispiel in Form von Blasen-Scheiden-Fisteln oder Urethra-Scheiden-Fisteln.

Therapieoptionen

Grundlage einer jeden Therapie ist eine gezielte *Diagnostik* und *Anamnese*. Hier



Schablone zur Bestimmung des Penisdurchmessers



Foto: Coloplast GmbH Hamburg (4)

Moderne Einmalkathetersysteme sind nicht nur optisch dezent, sondern auch diskret in der Handhabung.

gibt es in der modernen Medizin eine Reihe von Möglichkeiten. Je nach Fragestellung und dem Erleben der Kontinenzstörung kommen unterschiedliche Maßnahmen zum Einsatz (siehe Tabelle). Zur *Therapie* einer diagnostizierten Harninkontinenz stehen eine Vielzahl von Behandlungs- und Versorgungsoptionen zur Verfügung. In der pflegerischen Verantwortung können wir die Kontinenzstörungen auf drei Versorgungssäulen stützen:

Aufsaugende Versorgungen

Bei aufsaugenden Versorgungen sollten immer die vom Hersteller angegebenen Volumengen beachtet werden. Auch muss man bedenken, dass dranginkontinente Patienten den Harn oft „im Schuss“ absetzen. Das macht es für die eingesetzten Superabsorber schwer, den Urin zeitnah aufzunehmen.

Generell sollte man auch auf die heutzutage verfügbaren geschlechtsspezifischen Vorlagen und Schutzhosen achten. Schwierig im Bereich der aufsaugenden Versorgungen ist die Preisdebatte. Jedoch werden oft durch schlecht ermittelte Volumengrößen die falschen Hilfsmittel gewählt, was dann zu „Nachbesserungen“ führt, die zusätzliche Kosten verursachen.

Auffangende Versorgungen

Auffangende Versorgungen sind in den letzten Jahren oft vernachlässigt worden. Das Thema „nosokomiale Infektionen“ in Verbindung mit multiresisten-

ten Erregern wird aber immer aktueller. Da fragen sich viele Kollegen: „Gibt es Alternativen in der Harnableitung, um ‚Strickleiterkeime‘ zu minimieren?“

Alternativen gibt es, allerdings stoßen wir bei externen Kathetern (Kondomurinalen) auf ein hohes Maß an Unsicherheit in Auswahl und Umgang. Vielen Kollegen ist nicht bewusst, dass es unterschiedliche Größen und Schaftlängen gibt. Beschäftigt man sich mit dem Thema, zeigt sich, dass auf sterile Bett- oder Beinbeutel verzichtet werden kann, da keine „Strickleiter“ in das Körperinnere besteht. Somit werden auf zwei Seiten Kosten minimiert: Zum einen sind die Produkte günstiger, zum anderen verringert sich der Einsatz von Antibiose.

Die korrekte Anwendung der Hilfsmittel gibt Patienten mit einer ausgeprägten Dranginkontinenz Sicherheit. Hinzu kommt eine gesteigerte Mobilität und



Kondomurinale gibt es in verschiedenen Durchmessern und Längen.

damit eine erneute Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Eine korrekte Auswahl und den Umgang mit Hilfsmitteln kann man vielen Ratgebern entnehmen. Diese Entbinden jedoch nicht vom Mut, Inkontinenzprodukte selber auszuprobieren und auch Fehler in Kauf zu nehmen.

Ableitende Versorgung

Die Option der ableitenden Versorgung ist seit Jahren anerkannt. Im Bereich der Pflege hat sich jedoch einiges geändert.

Jahrelang war eine Dauerableitung das Mittel der Wahl, wenn die aufsaugenden Versorgungen versagten. Heute sind wir auch in der Pflege häufiger mit der Anleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus konfrontiert. Betrachtet man die Harnableitungsverfahren allerdings im Lauf der Geschichte, wird schnell klar, dass es Dauerableitungen erst seit den 1920er Jahren gibt. Schon im Zweiten Weltkrieg konnte der englische Arzt Sir Ludwig Guttmann feststellen, dass bei Patienten mit Rückenmarksverletzungen, die die Blase nur intermittierend entleerten, eine höhere Überlebensrate bestand als bei Patienten mit dauerhafter Ableitung.

Jedoch waren die Katheter damals nicht von der heutigen Qualität, was erklärt, warum es noch recht lange dauerte, bis sie sich etablieren konnten. Heute ist zur Behandlung von neurogenen Blasenentleerungsstörungen der intermittierende Selbstkatheterismus konkurrenzlos. Dem Patienten stehen verschiedene Produkte zur Verfügung, die ihm medizinische und soziale Kontinenz ermöglichen. Ein Schwerpunkt im Umgang mit Betroffenen bleibt das kompetente und individuelle Anleiten zum Kathetern – und das Thematisieren von Ängsten.

Stuhlinkontinenz und Obstipation

Ein besonders hohes Maß an Tabuisierung findet man beim Themenkomplex Stuhlinkontinenz und Obstipation. Unterschiedlichen Literaturquellen folgend, leiden in Deutschland 2,2 bis sieben Prozent der gesamten Bevölkerung an einer behandelbaren Stuhlinkontinenz.

Betrachtet man die Symptomatik differenziert, zeigt sich, dass zehn Prozent für Darmgase, 54 Prozent für flüssigen und 36 Prozent für festen Stuhl inkontinent sind. 40 Prozent aller Patienten haben

Zusammenfassung

Wenn ein Tabuthema wie Inkontinenz alltagsbestimmend wird, ist der Leidensdruck bei den Betroffenen oft sehr groß. Auch bei professionell Pflegenden lässt sich hier immer noch ein hohes Maß an Verunsicherung feststellen. Fehlt es doch häufig an den passenden Versorgungen. In diesem Beitrag möchte der Autor Mut machen, sich dem Thema zu stellen und Gedankenanstöße zu gezielten Versorgungsmöglichkeiten geben.

Schlüsselwörter: *Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Versorgungsformen*

das 65. Lebensjahr überschritten, der Frauenanteil beträgt circa 63 Prozent.

In modernen Industriegesellschaften leiden 20 Prozent der Bevölkerung an Obstipation. Differenziert werden müssen chronische Obstipation, Obstipation durch gestörten Stuhltransport und Obstipation durch Störung des Stuhlauslasses.

In diesem Kontext ist der Begriff der neurogenen Darmfunktionsstörung im deutschsprachigen Raum noch sehr jung. Oftmals findet sich eine neurogene Störung der Darmfunktion, wie sie bei Querschnittslähmung, Multipler Sklerose, Morbus Parkinson und Ähnlichem auftritt, als Ursache für Inkontinenz oder Obstipation.

Im täglichen Leben nehmen Abführmittel und Verdauungsanregungen einen großen Stellenwert ein. So werden in der Vorweihnachtszeit viele Abführmittel und gesunde, abwehrstärkende Nahrungsergänzungsmittel beworben. Nahrungsaufnahme und Ausscheidung spielen in unserem Leben eine sehr zentrale Rolle. Die Stuhlausscheidung ist ein komplexer Vorgang. Durch die Dilatation des Rektums wird über das Defäkationszentrum im Sakralmark Stuhldrang an das Gehirn gesendet. Vom Gehirn werden nun hemmende Impulse für das Hinauszögern der Ausscheidung oder Entleerungsimpulse gesendet. Sie steuern die Defäkation. Die nervale Innervation des Dickdarms wird von sympathischen und parasympathischen Nerven gesteuert, wobei der Sympathikus die Aktivität hemmt und der Parasympathikus die Aktivität verstärkt.

Das entscheidende Kontinenzorgan im Darm ist das Rektum. Dieser komplexe Darmabschnitt mit seinen Schließmuskeln und seiner empfindlichen Schleimhaut kann durch Entzündungen, Verletzungen oder auch neurogen gestört werden, was dann unweigerlich zum Stuhlverlust führt.

Eine fachlich korrekte Einschätzung der Ausscheidungssituation bedarf einer Definition „normaler“ Stuhlausscheidung:

- oro-ale Transitzeit von 39 plus/minus fünf Stunden
- mindestens drei Stuhlentleerungen pro Woche
- eine vollständige Entleerung ohne wesentliches Pressen
- Stuhldrang, der eine Stuhlentleerung zur Folge hat
- weich geformter Stuhl
- keine abdominalen Missemphindungen nach der Stuhlentleerung

In einer Stuhlanamnese sollte dementsprechend die Häufigkeit der geplanten und ungeplanten Stuhlentleerungen erfragt werden. Wichtig ist hierbei die Bewertung der Konsistenz, die mithilfe der Bristol Stool Scale ermittelt werden kann. Auch die Entleerungszeit sowie eventuell verwendete Hilfsmittel gehören erfasst.

Gerade die Medikamentenanamnese stellt oft Verbindungen zu Darmfunktionsstörungen her, die nicht auf den ersten Blick ersichtlich sind. Zum Beispiel besteht bei der Einnahme von anticholinergen Substanzen ein hohes Risiko, eine Obstipation zu entwickeln, da es durch diese Mittel zu einer verlangsamten Peristaltik kommt. Das offensichtlichste Problem liegt aber in einer anderen Thematik: der täglichen Trinkmenge. Viele Krankheitsbilder erlauben es dem Patienten nicht, hohe Flüssigkeitsmengen zu substituieren. Die reduzierte Flüssigkeitszufuhr führt aber schnell zu einer Obstipation. Auch mangelnde Mobilität oder die psychische Verfassung können einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Stuhlentleerungsverhalten haben.

Vor jeder Intervention muss zur Definition der Ziele die Ursache der Darmfunktionsstörung ermittelt werden. Ein Arbeiten im multiprofessionellen Team hat oberste Priorität, um ein abgestimmtes Versorgungskonzept, welches aus Stuhl-

trainingsmaßnahmen, medikamentöser Therapie und Hilfsmittelversorgung besteht, konzipieren und durchführen zu können.

Die Ziele hierbei sind:

- Stuhlinkontinenz beseitigen
- Obstipation beseitigen
- Eine akzeptable Stuhlentleerungszeit
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen

Konservative Therapiemöglichkeiten bei Darmfunktionsstörungen:

Ernährung

Ziel: Regulation von Konsistenz und Passagezeit

- Ausgewogene, ballaststoffreiche Kost
- feste Zeiten der Nahrungsaufnahme
- Richtiges Essverhalten (Tempo, etc.)
- Trinkmenge
- körperliche Aktivität

Training

Ziel: zeitlich festgelegte Entleerungszeiten (Konditionierung des Darms)

- tägliche Stuhlentleerung zur Vermeidung von Obstipation oder Megakolon.
- feste Entleerungszeit. Sinnvoll 30 Minuten nach der Nahrungsaufnahme, um den gastrokolischen Reflex zu nutzen, der eine Massenbewegung des Darmes anregt.
- akzeptable Stuhlentleerungszeit.

Kolonmassage

Ziel: Unterstützende Wirkung, unabhängig von der sonstigen Entleerungstechnik

- Der Stuhl wird durch streichende und knetende Bewegungen vorsichtig über

den Dickdarm zum Darmausgang bewegt.

Digitale Stimulation

Ziel: Unterstützende Wirkung durch Auslösen des bulbocavernösen Reflexes

- Nach Einführen des Fingers in den Mastdarm werden für circa 15 Sekunden kreisende Bewegungen entlang der Darmwand ausgeführt.
- Der Vorgang wird wiederholt, bis es zur Entleerung kommt.

Transanale Irrigation

Ziel: Unterstützung bestehender Entleerungsreflexe

- Weiterentwicklung des Einlaufs
- Vorteil: sitzende Anwendung
- Unterschied zum Einlauf besteht in der längeren Einwirkzeit

Hilfsmittel

Ziel: alltagstaugliche Kompensation von Stuhlinkontinenz

- Anal-Tampons verhindern den unkontrollierten Verlust von festem Stuhl. Sie werden in den Darm eingeführt und können dort acht bis zwölf Stunden verbleiben.

Heute gibt es eine Vielzahl von Versorgungs- und Therapieoptionen. Der Weg aus dem Tabu aber ist nach wie vor schwierig. Niemand redet gerne über die eigene Inkontinenz. Auch ist der Therapiewunsch nicht bei allen Betroffenen gleich stark ausgeprägt. Kompetente Beratung durch Pflegende kann vielen Patienten eine Option bieten, ein bestehendes Kontinenzproblem zu akzeptieren, zu thematisieren und zu therapieren. <<



Anal-Tampon



Literatur

Universität Duisburg-Essen (2009) *Was kostet Inkontinenz?* http://www.mm.wiwi.uni-due.de/uploads/tx_itochairt3/talks/Was_kostet_Inkontinenz_20090225_final.pdf.

Füsgen, I. (1998) *Kostenproblem Harninkontinenz*. Journal für Urologie und Urogynäkologie 5(1) (Ausgabe für Österreich), 7–12.

Boelker, Hegeholz, Webelmuth (2006) *Außer Kontrolle Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz* Edition Partikel, Leipzig

Autorenkontakt:

Uwe Papenkordt ist Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege, Kontinenzmanager und Urotherapeut. Er arbeitet bei der Firma Coloplast und ist dort zuständig für die Stoma- und Kontinenzversorgung.
Kontakt: Kuehnstraße 75, 22045 Hamburg.
 E-Mail: deupa@coloplast.com

Anzeige

Wir sind der Dienstplan.

Unsere Software für die Personaleinsatzplanung wird europaweit in mehr als 2.800 Einrichtungen der Pflege und in Krankenhäusern eingesetzt. Sie passt sich jeder Struktur und Größe an und ist in nahezu alle bestehenden Systeme integrierbar. Kurz gesagt: Unsere Dienstpläne setzen die Standards, die sich Anwender wünschen.

GeoCon

Dienstpläne für die Gesundheitswirtschaft
 Rudower Chaussee 29 • 12489 Berlin
 Tel: +49 (0)30 6392-3693 • Fax: -6010
www.geocon.de • geocon@geocon.de