

Kontinenzförderung

Demenzkranke brauchen besondere Unterstützung

Demenzkranke Menschen sind häufiger harninkontinent als andere alte Menschen. Nicht immer kann die Kontinenz wieder vollständig hergestellt werden. Trotzdem kann es mittels aktiver Kontinenzförderung und individuell ausgewählter Hilfsmittel gelingen, dass demenzkranke Menschen wieder stärker am sozialen Leben teilnehmen. Auch Teilerfolge sind Erfolge.



Zirka 50 Prozent der zu Hause betreuten älteren Personen und bis zu 80 Prozent der in stationärer Pflege versorgten Senioren können die Ausscheidung des Urins nicht mehr kontrollieren (Saxer 2008, Schmitz 2008). Kontinenzförderung und die Bewältigung der Inkontinenz sind damit zentrale Aufgaben der geriatrischen Pflege, zu deren Umsetzung spezifisches Wissen unabdingbar ist.

Das Risiko einer Harninkontinenz steigt mit Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit an, zum Beispiel bei demenziellen Erkrankungen. Dabei handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen: Die Wahrnehmung für die Blase und zerebrale Kontrollmechanismen sind gestört. Auch Agnosien und Apraxien scheinen für die Entwicklung einer Harninkontinenz von Bedeutung zu sein (Schumacher 2009). Trotz vieler Fortschritte in der Forschung sind noch längst nicht alle Mechanismen bekannt, die eine Inkontinenz auslösen.

Wichtig: Inkontinenz systematisch einschätzen

Wird bei einer Person eine Harninkontinenz festgestellt, sollte eine differenzierte Einschätzung vorgenommen werden. Dazu ist ein systematisches Vorgehen notwendig, um die Ursachen zu ermitteln und individuelle Maßnahmen der Kontinenzförderung oder Kompensation der Inkontinenz planen, durchführen und evaluieren zu können. Um die Situation einzuschätzen, sollten Pflegende und Ärzte zusammenarbeiten. Pflegekräfte koordinieren den diagnostischen Prozess und bringen ihre Beobachtungen und Erkenntnisse aus dem pflegerischen Alltag ein. Dabei ist eine gute Symptombeschreibung wichtig, sodass die Fachkraft die pflegerische und der Arzt die medizinische Diagnose stellen kann (Formen der Inkontinenz, s. auch S. 226, Artikel von Sina Sakwa).

Für die systematische Einschätzung der Inkontinenz wählt die Pflegefachkraft aus einem Pool von Instrumenten und Methoden diejenigen aus, die für die Situation angemessen sind und zu einer umfassenden Beschreibung führen. Das heißt, dass nicht alle der im nationalen Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2007) dargestellten Möglichkeiten genutzt werden müssen, sondern eine kritische und fachlich reflektierte Auswahl im Vordergrund stehen soll. Es kann beispielsweise nur schwer möglich sein, ein Miktionsprotokoll für einen demenzkranken Bewohner zu führen, wenn dieser in seinem Trink- und Ausscheidungsverhalten nicht kontrollierbar ist. Er uriniert vielleicht nicht immer in die Toilette, sondern auch in den Garten, in Blumentöpfe oder Mülleimer. Eventuell trinkt er alles, was sich ihm bietet, bedient sich am Wasserkrahn oder sonstigem. In so einer unkontrollierten Situation, die durchaus vorkommen kann, sollte die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Expertise entscheiden, ob ein Miktionsprotokoll sinnvoll ist, oder ob andere Instrumente zur Situationsbeschreibung genutzt werden. Folgende Instrumente und Methoden sind möglich.

Die Anamnese

Für eine systematische Inkontinenz-Anamnese stehen das Gespräch mit der betroffenen Person (sofern möglich) oder seinen Angehörigen und die Beobachtung des Betroffenen im Vordergrund. Folgende Kriterien der Inkontinenz-Anamnese sind zu berücksichtigen (Hayder, Kuno und Müller 2008):

- Dauer der Harnkontinenz und mögliche Ursachen,
- Erscheinungsbild der Harninkontinenz,
- Bereits erfolgte Behandlung,
- Aktuelle Medikation,
- Trinkmenge/Trinkgewohnheiten,
- Stuhlgewohnheiten,
- Art und Anzahl der eingesetzten Hilfsmittel zur Kompensation,

- Erwartungen und Wünsche bezüglich der unterstützenden Leistungen,
- Kognitive Einflussfaktoren,
- Einflussfaktoren durch eingeschränkte Mobilität,
- Einflussfaktoren durch die Umgebung,
- Psychosoziale Auswirkungen und Leidensdruck.

Miktionsprotokoll/ Toilettentagebuch

Das Miktionsprotokoll ist ein strukturiertes Instrument zur Erfassung folgender Informationen (DNQP 2007): Anzahl und Menge der Miktionen, Häufigkeit des ungewollten Urinverlustes, Ersuchen um Hilfestellung beim Toilettengang, Art und Menge der Getränke sowie Variante und Anzahl der eingesetzten Hilfsmittel. Wichtig für die Auswertung ist eine lückenlose Dokumentation, die über mindestens drei Tage empfohlen wird, um ein individuelles Ausscheidungsmuster abzubilden.

Für Betroffene, die an Demenz leiden, empfiehlt sich eine Fremdeinschätzung, bei der die betreuende Person die notwendigen Angaben dokumentiert. Im nationalen Expertenstandard sind Beispiele für Miktionsprotokolle zu finden. Sie können jedoch in den Einrichtungen auch selbst entworfen und damit der Klientel angepasst werden. Sollen in der ambulanten Pflege die Angehörigen das Miktionsprotokoll führen, müssen sie dazu angeleitet werden.

Die Bestimmung des Restharns

Die Bestimmung des Restharns ist eine wichtige Methode, um eine Blasenentleerungsstörung zu diagnostizieren oder auszuschließen. Häufige Symptome für erhöhten Restharn sind häufigeres Wasserlassen und das Gefühl einer nicht vollständig entleerten Blase. Die Restharnbestimmung kann sonografisch oder mittels Einmalkatheterisierung erfolgen. Vorzuziehen ist das sonografische Verfahren, da dieses risikoärmer ist.

Ausschluss einer Harnwegsinfektion

Eine akute Harnwegsinfektion, wahrnehmbar an Brennen beim Wasserlassen, Pollakisurie, starkem Harndrang und auffällig riechendem Urin, kann eine Inkontinenz auslösen. In Kooperation mit dem Arzt ist zu klären, welche Methode der Diagnostik, zum Beispiel Harnstreifentest oder mikroskopische Analyse, angewendet wird.

Der Vorlagen-Gewichtstest

Mit dieser Methode kann die Menge des ungewollten Urinverlustes gemessen werden. Diese ergibt sich aus der Differenz des Gewichts der trockenen Vorlage zum Gewicht der nassen Vorlage. Diese Methode kann beispielsweise genutzt werden, um zu entscheiden, ob ein Hilfsmittel bezüglich des Fassungsvermögens das passgenaue ist.

Die körperliche Beobachtung

Veränderungen der äußeren Genitale können zur Inkontinenz führen. Bei Frauen kann sie durch Senkung und Hervortreten der Gebärmutter ausgelöst werden. Auch Östrogenmangel ist ein Risikofaktor, der sich häufig durch trockene, gerötete und gereizte Genitalschleimhaut zeigt. Betroffene Frauen klagen über Juckreiz und Trockenheitsgefühl in der Scheide. Bei Männern sollte zum Beispiel auf eine Phimose geachtet werden. Auch Narbenbildungen oder Verstümmelungen stellen Risikofaktoren dar.

Kontinenzprofile

Mit den Kontinenzprofilen ist es Pflegefachkräften möglich, den Unterstützungsbedarf der einzuschätzenden Person bezüglich Hilfspersonen und Hilfsmitteln zu beschreiben. Die sechs Kontinenzprofile (Abb. 1) können in allen Phasen des Pflegeprozesses eingesetzt werden und haben

sich als praktikabel erwiesen (DNQP 2007, Rotzoll 2009).

Kontinenz aktiv fördern

Aktive Maßnahmen der Kontinenzförderung sind der passiven Versorgung mit Hilfsmitteln vorzuziehen (Hayder 2007).

Angemessene Trinkmenge erreichen

Die zu geringe Flüssigkeitsaufnahme ist ein häufiges Problem im Alter. Eine bewusste oder unbewusste Flüssigkeitsreduktion alter und demenziell erkrankter Personen steigert die Gefahr einer Harnwegsinfektion, die sich wiederum negativ auf die Kontinenz oder eine schon bestehende Harninkontinenz auswirkt. Soweit aus medizinischer Sicht keine Restriktionen wie Herz-, Nieren- und Lungenerkrankungen bestehen, sollten mindestens 1,5 bis 2 Liter am Tag getrunken werden. Aus Anamnese und

Kontinenzprofile		Abb. 1
Profil	Merkmal	Beispiel
Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Hilfe notwendig. Keine Hilfsmittel.	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Keine unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung notwendig. Selbstständige Durchführung von Maßnahmen.	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.
Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig.	Patienten und Bewohner mit begleiteten Toilettengängen zu individuellen/festgelegten Zeiten oder bei denen ein Fremdkatheterismus durchgeführt wird.
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.	Es kommt zu einem unwillkürlichen Harnverlust, aber der Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln (aufsaugenden Hilfsmitteln, Kondomurinal, Blasenverweilkatheter) erfolgt selbstständig.
Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.	Kompensierende Maßnahmen werden von einer anderen Person übernommen.
Nicht kompensierte Inkontinenz	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.

Biografiearbeit lassen sich oftmals Vorlieben und Trinkverhalten ableiten und positiv verstärken.

Zudem ist die Regulation der Darmtätigkeit von besonderer Bedeutung, da eine Obstipation das Risiko einer Harninkontinenz erhöht.

Erhalt der Bewegungsfähigkeit
Interventionen wie Geh- und Balancetraining wirken sich positiv auf die Fähigkeiten der Toilettennutzung aus. Maßnahmen wie das Zurverfügungstellen angepasster Geh- und Aufstehhilfen, die Beseitigung von Stolperfallen, besondere Achtung auf gut ausgeleuchtete Räume und das Anbringen von Haltegriffen und Toilettenerhöhungen fördern und erhalten die eigenständige Mobilität und helfen, den Gang zur oder von der Toilette zu erleichtern. Orientierungshilfen können durch

verständliche Hinweisschilder in Augenhöhe gegeben werden. Auch die Begleitung zur Toilette kann hilfreich sein.

Auf Verhaltensanzeichen achten

Bei Personen, die sich nicht mehr äußern, können Pflegekräfte in vielen Fällen Verhaltensanzeichen beobachten. Verhaltensweisen wie Nesteln oder Umherirren können auf den Wunsch hinweisen, die Toilette aufzusuchen. Auf diese Zeichen sollte geachtet werden, um unverzüglich darauf reagieren zu können und einen Toilettengang zu ermöglichen.

Maßnahmen individuell auswählen

Die Auswahl der Maßnahmen zur Kontinenzförderung richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Person und selbstverständlich

nach ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Maßnahmen wie Blasen- oder Beckenbodentraining sind nicht immer und ohne weiteres mit Personen, die demenziell erkrankt sind, möglich. Vor allem am Anfang einer Demenz kann jedoch überprüft werden, ob ein Training von den Betroffenen positiv aufgefasst und durchgeführt wird. In vielen Einrichtungen der Altenpflege gibt es zudem Bewegungs- oder Sportgruppen, in denen das bisherige Trainingsprogramm um Übungen zur Stärkung des Beckenbodens erweitert werden könnte.

Eine weitaus größere Rolle in der Kontinenzförderung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen spielen jedoch die unterschiedlichen Arten des Toiletentrainings. Der regelmäßige Gang zur Toilette kann eine effektive Maßnahme bei der Erhaltung der Kontinenz darstellen.

schülke →

desderman® pure im Blickpunkt.

Händedesinfektion:
Ohne Farbe. Ohne Parfüm. Pure Leistung.

- sehr gute Hautverträglichkeit, da farbstoff- und parfümfrei
- breites Wirkspektrum durch Ethanolbasis
- Norovirus-Wirksamkeit innerhalb der hygienischen Händedesinfektion



desderman® pure • **Zusammensetzung:** 100 g Lösung enthalten: Arzneilich wirksame Bestandteile: 78,2 g Ethanol 96 %, 0,1 g Biphenyl-2-ol. Sonstige Bestandteile: Povidon 30, Isopropylmyristat (Ph.Eur.), (Hexadecyl,octadecyl)((RS)-2-ethylhexanoat] – Isopropyltetradecanoat (7:2:1), Sorbitol-Lösung 70 % (kristallisierend) (Ph.Eur.), 2-Propanol (Ph.Eur.), gereinigtes Wasser. • **Anwendungsgebiete:** desderman® pure wird zur hygienischen und chirurgischen Händedesinfektion angewendet. Die arzneilich wirksamen Bestandteile Ethanol und 2-Biphenylol wirken gegen Bakterien (inkl. Mykobakterien), Pilze und viele Viren. Die Wirksamkeit von desderman® pure gegen Viren schließt behüllte Viren* (Klassifizierung „begrenzt viruzid“) und Rotaviren ein. • **Gegenanzeigen:** desderman® pure darf nicht angewendet werden, wenn Sie überempfindlich (allergisch) gegenüber den arzneilich wirksamen Bestandteilen oder einen der sonstigen Bestandteile von desderman® pure sind. desderman® pure nicht auf Schleimhäuten anwenden. • **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann es zu für alkoholische Händedesinfektionsmittel typischen Nebenwirkungen wie Hautirritationen (z. B. Rötung, Trockenheit) kommen. Trotz weiterer Anwendung klingen diese Misempfindungen bereits nach 8 – 10 Tagen meist wieder ab. Auch können Kontaktallergien auftreten. Informieren Sie Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation aufgeführt sind. • **Warnhinweise und spezielle Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Nur äußerlich anwenden. Flammpunkt nach DIN 51 755: 16 °C. Leicht entzündlich. Nicht in Kontakt mit offenen Flammen bringen. Nach Verschütten des Desinfektionsmittels sind unverzüglich Maßnahmen gegen Brand und Explosion zu treffen. Geeignete Maßnahmen sind z. B. das Aufnehmen verschütteter Flüssigkeit und Verdünnen mit Wasser, das Lüften des Raumes sowie das Beseitigen von Zündquellen. Ein etwaiges Umfüllen darf nur unter aseptischen Bedingungen (Sterilbank) erfolgen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Schülke & Mayr GmbH, 22840 Norderstedt.

* Geprüft gegen Testviren BVDV (Surrogatviren für Hepatitis-C-Virus) und Vakzinavirus. Die Ergebnisse lassen nach aktuellem Kenntnisstand den Rückschluss auf die Wirksamkeit gegen andere behüllte Viren zu, z. B. Hepatitis B-Virus, HI-Virus.

Schülke & Mayr GmbH
Customer Care | Telefon: 040 / 521 00-666 | Fax: 040 / 521 00-660 | www.schuelke.com | info@schuelke.com

the plus of pure
performance

Angebotener Toilettengang

Der angebotene Toilettengang ist eine Form des Verhaltenstrainings. Durch wiederholtes Auffordern zum Toilettengang soll die Anzahl der selbstinitiierten Toilettengänge und die Wahrnehmung für die Blasenfüllung erhöht werden. Als entscheidend für den Erfolg der Maßnahme gelten soziale Interaktion und positives Feedback für den erfolgreichen Toilettengang.

Toilettengang zu individuellen Zeiten

Ausgehend vom Miktionsverhalten wird ein Toilettengang initiiert. Der geplante Toilettengang erfolgt vor dem voraussichtlichen Zeitpunkt des Einlassens. Dieses Vorgehen ist empfehlenswert, wenn sich ein individuelles Ausscheidungsmuster identifizieren lässt. Ziel ist die Vermeidung inkontinenter Episoden durch das rechtzeitige Aufsuchen der Toilette.

Toilettengang zu festgelegten Zeiten

Bei dieser Form des Toilettentrainings fordern Sie die Person alle zwei bis drei Stunden zu einem Toilettengang auf, begleiten sie unter Umständen zur Toilette oder helfen ihr im Umgang mit dem Toilettenstuhl oder der Urinflasche.

Für diese Maßnahmen bietet sich eine Initialphase von ein bis zwei Wochen an, um möglichst frühzeitig den Erfolg zu überprüfen. So kann entschieden werden, ob die Maßnahme zukünftig weiterhin durchgeführt, modifiziert oder unterlassen wird. Bedacht werden sollte, dass auch Teilerfolge begrüßenswert sind und für eine Fortführung des ausgewählten Toilettengangs sprechen.

Von einem engmaschigen Toilettentraining in der Nacht ist abzusehen. Viel eher sollten Haut- und Wachzustand der demenziell erkrankten Person in die Überlegungen und Maßnahmengestaltung einbezogen werden. Kontinenzförderung, ungestörter und ausreichender Schlaf und

eine intakte Haut sollten ausgewogen in die individuelle Pflegeplanung einbezogen werden.

Die Nutzung von Hilfsmitteln

Für den Einsatz von Hilfsmitteln sollte genau überlegt werden, inwieweit die Person selbstständig ist, welche Einschränkungen für oder gegen ein Hilfsmittel sprechen, wann die Harninkontinenz auftritt (nur am Tag/in der Nacht/ständig) und wie schwer diese ist. Im Laufe einer Demenz können sich diese Aspekte verändern und sollten daher regelmäßig überprüft werden.

Alternativen zur Toilette – mobile Toilettenhilfen

Um Personen mit Einschränkungen der Mobilität dennoch den Erhalt ihrer Kontinenz zu ermöglichen, wurden Alternativen zur herkömmlichen Toilette entwickelt. Toilettenstuhl, Steckbecken und diverse Arten von Urinflaschen können heute zum Einsatz kommen und entsprechend der individuellen Bedürfnisse ausgewählt werden. Stand-, Griff- und Auslaufsicherheit sind hinsichtlich dieser Produkte zu überprüfen, vor allem wenn sie bei Personen mit motorischer Unruhe genutzt werden. Des Weiteren muss der Umgang mit den Hilfsmitteln unter Umständen eingeübt oder angeleitet werden.

Ableitende Hilfsmittel

Hat ein Mensch keine Kontrollmöglichkeiten mehr über seine Urinausscheidung, können ableitende Hilfsmittel sinnvoll sein. Das An- und Einbringen von Kondomurinalen oder Blasenverweilkathetern muss jedoch gut durchdacht und nach strenger medizinischer Indikation erfolgen. Neben Passgenauigkeit, Hygiene und Hautpflege muss bei der Nutzung eines Kondomurinals betrachtet werden, ob die Person mit der demenziellen Erkrankung das Hilfsmittel akzeptiert.

Da es über den Penis gestreift wird, kann das Kondomurinal

als Fremdkörper wahrgenommen werden. Gleiches gilt für den Blasenverweilkatheter, ob transurethral oder suprapubisch. So kann es zu erheblichen inneren Verletzungen kommen, wenn die betroffene Person versucht, ihn zu entfernen. Weiterhin haben Pflegekräfte darauf zu achten, das katheterassoziierte Harnwegsinfektionen vermieden werden (Martius et al. 1999). Um einen Auffangbeutel des Urins diskret zu verbergen, können Taschen darüber gezogen werden. Sie bieten Sichtschutz.

Aufsaugende Hilfsmittel

Sorgen Sie für eine angepasste und ausreichende Kompensation der Inkontinenz durch aufsaugende Hilfsmittel. Vor allem im ambulanten Bereich sollten Angehörige über diverse Möglichkeiten der körperfernen und körpernahen Hilfsmittel beraten werden. Krankenunterlagen, in unterschiedlichen Größen erhältlich, schützen Bett oder Sitzmöbel und können als Einmalprodukt oder als waschbare Unterlagen erworben werden. Körpernahe Produkte werden nach Schwere der Inkontinenz ausgewählt, nach Wechselintervallen und anatomischen Gesichtspunkten. Liegt eine leichte Harninkontinenz vor, reichen unter Umständen für Männer Tropfenfänger, für Frauen können kleine anatomisch geformte Vorlagen genutzt werden. Je schwerer die Inkontinenz, desto umfassender sollte die Aufnahmekapazität des Produktes sein. Dann kann zwischen anatomischen Vorlagen in größeren Größen oder Inkontinenzhosen, die an den Seiten zu schließen sind, ausgewählt werden. Bei Personen, die an Demenz leiden, haben sich zudem die sogenannten Pants bewährt. Diese aufsaugenden Produkte lassen sich wie eine Unterhose hoch- und herunterziehen und führen daher zu weniger Abwehrverhalten.

Von besonderer Bedeutung bei allen aufsaugenden Produkten ist der Superabsorber (Gelbildner), der den Urin aufnimmt, ihn

bindet und unter Druck nicht frei gibt. So bieten die Produkte Sicherheit vor Rücknäse und schützen somit die Haut. Produkte ohne Superabsorber sollten nicht verwendet werden.

Hautpflege

Ausscheidungen greifen die Haut an, sodass inkontinente Personen besonderen Gefahren ausgesetzt sind. Gerötete, rissig irritierte Haut kann auf Pilzinfektionen, Ekzeme, aber auch auf einen Dekubitus hindeuten. Allerdings können auch Hilfsmittel wie feuchtes Toilettenpapier oder Reinigungsschaum zu Allergien und Hautirritationen führen. Daher ist auf eine besondere Beobachtung der Haut und eine schonende Reinigung im Intimbereich zu achten. So sollte belastete Haut mit pH-neutralen Waschsubstanzen gereinigt und trocken getupft werden. Durch dieses schonende Vorgehen kann eine zusätzliche

Beanspruchung der Haut, durch aggressive Waschzusätze oder Reibung, vermieden werden.

Maßnahmen regelmäßig evaluieren

Bei der Evaluation soll die Effektivität der Maßnahmen zu individuell festgelegten Zeitabständen überprüft werden. Die Evaluation kann im Team, zum Beispiel innerhalb einer Fallbesprechung, stattfinden. Einbezogen werden können: die (Bezugs-)Pflegekraft, der Betroffene (sofern möglich), seine Angehörigen, aber auch Mitglieder anderer Berufsgruppen. Zur Objektivierung der Ergebnisse werden die Angaben der Pflegedokumentation sowie die Instrumente des Assessmentverfahrens, zum Beispiel das Miktionsprotokoll, genutzt. Die Kontinenzprofile können eingesetzt werden, um zu überprüfen, ob das angestrebte Profil er-

reicht oder erhalten werden konnte.

Hat sich die Situation für die inkontinente Person nicht verändert, wird gemeinsam überlegt, welche Ursachen zugrunde liegen. Bei Personen, die an Demenz erkrankt sind, kann es vorkommen, dass die Einschätzungen der Fähigkeiten und Handicaps mit Einzug in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe nicht vollständig oder konkret genug waren. Probleme im Bereich der Kontinenz wurden unter Umständen von der betroffenen Person gut überspielt, und erst im Laufe der Zeit ließ sich ein Hilfebedarf feststellen. Möglich ist es ferner, dass die Person auf eine Maßnahme der Kontinenzförderung ungehalten, gar aggressiv reagiert. In diesem Fall muss überlegt werden, welche Gründe für dieses Verhalten vorliegen können, wie Maßnahmen zu modifizieren oder ob Alternativen denkbar sind.

Und wer sorgt für Sie?

Sie stellen sich Tag für Tag den hohen körperlichen und seelischen Anforderungen des Pflegeberufs? Sie wissen um Ihre Verantwortung und sorgen sich um andere? Aber wer sorgt für Sie?

Die BGW ist Ihr Partner im beruflichen Alltag, um Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Wegeunfälle schon im Vorwege zu vermeiden. Sollte Ihnen trotz aller Vorsichtsmaßnahmen etwas passieren, sind wir für Sie da – mit der bestmöglichen medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Zum Beispiel bei Haut- und Wirbelsäulenerkrankungen.

Informieren Sie sich auf www.bgw-online.de über unsere neusten Angebote. Einen Schnelzugriff auf Ihre Themen erhalten Sie über unser **Branchenportal** in der Rubrik „Pflege“.



Bei der Evaluation ist zu bedenken, dass es bei den Maßnahmen der Kontinenzförderung durch die eingeschränkte geistige Leistungsfähigkeit der Betroffenen Grenzen gesetzt sein können. Auch enge zeitliche und personelle Ressourcen in den Einrichtungen führen zu Herausforderungen. Dennoch gilt die Maxime: Für jede inkontinente Person soll das individuell höchstmögliche Maß an Harnkontinenz mit der größtmöglichen Selbstständigkeit erreicht werden (DNQP 2007).

Das heißt, für inkontinente Personen und ihre Angehörigen sind Teilerfolge, und somit positive Tendenzen, von Bedeutung. Diese werden als entlastend wahrgenommen.

Respektvoll mit den Betroffenen umgehen

Die Unterstützung bei der Ausscheidung bedeutet immer einen Eingriff in die Intimsphäre. Für Betroffene und ihre Angehörigen, aber auch für professionell Pflegende, kann dieser Eingriff mit Gefühlen von Scham verbunden sein. Der Betroffene empfindet die Situation womöglich als bloßstellend und entwürdigend, zieht sich zurück oder reagiert aggressiv. Reagieren Pflegende ihrerseits mit Hilflosigkeit, Wut oder Schuldgefühlen, ohne diese Situationen zu reflektieren, entsteht nicht selten ein Teufelskreis für alle Beteiligten. Dann erscheint die Lage frustrierend und ausweglos. Folgendes Fallbeispiel soll dies verdeutlichen: Herr Larr ist 77 Jahre alt und lebt seit sechs Monaten in einem Seniorenzentrum. Er leidet an Demenz, ist in seiner Mobilität stark eingeschränkt und inkontinent. In letzter Zeit geht niemand gern zu Herrn Larr, um ihn zu pflegen. Die Demenz schreitet voran und die Pflegenden schildern, er lege ein „unmögliches Verhalten“ an den Tag. Die Körperpflege und der Wechsel von Hilfsmitteln sind für alle Beteiligten nur schwer auszuhalten. Herr Larr ist oft verbal

aggressiv und schlägt um sich, wenn die Inkontinenzvorlage entfernt wird. Er fasst sich an die Genitalien, um seinen Penis zu bedecken. Vermehrt zielt er jedoch mit ihm auf die Pflegenden und uriniert. Dabei verhöhnt er die Umstehenden, die ihn mittlerweile versuchen festzuhalten, um die Intimpflege durchführen zu können.

Ein Gespräch mit den Angehörigen hat es bezüglich dieser Thematik nicht gegeben. Die Pflegenden empfinden es als peinlich und haben Angst vor Kritik. Zudem zeigt sich, dass sie zunehmend an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen.

Bei einem der nächsten Besuche der Ehefrau wird sie um einen Gesprächstermin gebeten. Sie willigt ein, und die Bezugspflegekraft schildert ihr die Situation. Auch die Ehefrau ist ratlos, möchte jedoch den Bruder ihres Mannes befragen. Es stellt sich heraus, dass die Brüder in ihrer Jugend für kurze Zeit in einem Heim untergebracht waren und dort Opfer sexueller Gewalt wurden.

Für die Pflegenden wird das Verhalten des Bewohners, welches als Abwehrverhalten gedeutet wird, nun nachvollziehbar. Dennoch fällt ihnen die Pflege schwer. Gemeinsam überlegen sie, wie sie mit der Situation umgehen können. Dabei stellen sie fest, dass Herr Larr vor allem, wenn er festgehalten wird, unruhig und aggressiv reagiert. Auf dem Toilettenstuhl sitzend, toleriert er die Pflegehandlungen. Die auf diese Weise reflektierten Pflegehandlungen münden in einen Maßnahmenplan, der mit allen Kollegen besprochen wird. Zudem wird vereinbart, dass in den regelmäßigen Teamgesprächen die Entwicklung der Pflegesituation, die anhaltenden negativen Empfindungen oder schwierigen Momente offen angesprochen werden sollen, um zu einer Entlastung beizutragen und die Pflegesituation nicht zu gefährden.

Bei der Pflege inkontinenter Personen kann es zu ambivalen-

ten Gefühlen kommen. Pflegefachkräfte sollten diese jedoch bewusst wahrnehmen und reflektieren. Ein Respektsverlust gegenüber den zu betreuenden Menschen muss vermieden werden. Selbst in kritischen Situationen sollten die Pflegebedürftigen keine Abneigung oder Aggression erfahren. In solchen Momenten ist es ratsam, sich für einen Moment, wenn dies möglich ist, abzuwenden oder den Raum kurz zu verlassen. Im Anschluss sollte das Gespräch gesucht oder einer Tätigkeit nachgegangen werden, die man gern macht.

Literatur:

- DNQP (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung Konsentierung – Implementierung. Osnabrück
- Hayder, D.; Kuno, E.; Müller, M. (2008): Kontinenz – Inkontinenz – Kontinenzförderung – Praxishandbuch für Pflegenden. Verlag Hans Huber, Bern
- Hayder, D. (2007): Literaturstudie Harninkontinenz und Kontinenzförderung. In: Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege – Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 29–89, Osnabrück
- Martius, J.; Brühl, P.; Dettenkofer, M.; Hartenauer, U.; Niklas, S.; Piechota, H.-J. (1999): Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 42 (1999)10: 806–809
- Rotzoll, S.; Hayder, D. (2009): Kontinenzprofile. In: Assessmentinstrumente in der Pflege – Möglichkeiten und Grenzen. Bartholomeyczik S.; Halek, M. (Hrsg.): Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 186–200
- Saxer, S.; Halfens, RJG; Bie, RAD; Dassen, T. (2008): Prevalence and incidence of urinary incontinence of swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 month. Journal of Clinical Nursing, 17 (18): 2490–2496
- Schmitz, G. (2008): Inkontinenz. In: Prävalenz – Erhebung 2008. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, 47–61
- Schumacher, S. (2009): Rationelle Diagnostik und Therapie bei inkontinenten geriatrischen Patienten. In: Inkontinenz – Fragen und Antworten. Perabo F. und Müller St. (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 215–227

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Daniela Hayder,
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
E-Mail: daniela.hayder@uni-bielefeld.de



Kleiner Einsatz, große Wirkung

Partikel stoppen – Therapieerfolg sichern



Mit Infusionsfiltern von B. Braun schützen Sie Ihre Patienten vor Partikeln, Luftinfusionen und den Folgen von inkompatiblen Medikamentenkombinationen.

Ihre Vorteile:

- Weniger Komplikationen – kürzere Verweildauer
- Erkennung von Inkompatibilitäten in Infusionsregimen
- Schutz vor Luftembolien

Infusionsfilter von B. Braun – für mehr Sicherheit in der Infusionstherapie

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Melsungen AG | 34209 Melsungen | Deutschland
Tel (0 56 61) 71-62 61 | Fax (0 56 61) 71-27 32 | www.sicherheitsprodukte.bbraun.de