

Abschlussbericht des Projekts

„Entwicklung abgestimmter Handlungskonzepte unterschiedlicher Institutionen im Gesundheitswesen und in der Altenhilfe im Bereich der Kontinenzförderung, als ein Baustein des Hessischen Geriatriekonzeptes“

Projektförderung:
Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Laufzeit: 09.2001-11.2002

Katja Werwie
Peter Bäumel
Ulrike Höhmann
Udo Ossoba

Hessisches Institut für Pflegeforschung Frankfurt,
Ev. Fachhochschule Darmstadt

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	2
2	Ziele und Absichten des Projektes	2
3	Methoden und Instrumente	3
4	Durchführung und Verlauf des Projektes	8
4.1	Die teilnehmenden Einrichtungen	10
4.2	Probleme, Schwierigkeiten, Hindernisse	11
5	Ergebnisse	14
6	Empfehlungen für andere Pflegeeinrichtungen	18
7	Verweise zu Veröffentlichungen zum Projekt	21
8	Ausgewählte Literatur	22
9	Projektbeteiligte	23

Vorlage 2 der RBS (Evaluation)

Vorlage 3 der RBS (Selbstbewertung)

Anlagen

Anlage 1: Kooperationsvereinbarungen

Anlage 2: Abrechnung

Anlage 3: Projektbezogene Aktivitäten in der Region
vor und während der Projektlaufzeit

Anlage 4: Schulungsskript

Anlage 5: Bausteine Basisdiagnostik, Fragebogen, Ergebnisse der
Bestandsaufnahme, Ablaufschema als Empfehlung

Anlage 6: Pressemitteilungen

1 Abstract

Harninkontinenz zählt neben Immobilität, Stürzen und Erkrankungen des dementiellen Formenkreises zu den vier epidemiologisch bedeutendsten Problembereichen in der Geriatrie und führt zu multifaktoriellen Belastungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, zur Überforderung in häuslichen Pflegesituationen und oftmals zu Heimeinweisungen. Fraglich bleibt aber, ob die Heime die an sie gerichteten diagnostischen und therapeutischen Erwartungen im Umgang mit diesem Phänomen angemessen erfüllen können und ob in der ambulanten Pflege Unterstützungsmaßnahmen zum längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung gezielt ergriffen werden können. So zielte das ursprünglich interdisziplinär angelegte Projekt hauptsächlich auf die Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Kompetenz von Pflegenden in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. In zwei stationären und einer ambulanten Pflegeeinrichtung wurden entsprechend interdisziplinär abgestimmte Basisdiagnostikverfahren und pflegetherapeutische Maßnahmen im Rahmen von in-house-Schulungen, Fallbesprechungen und Praxisbegleitungen geschult und im Einzelfall erfolgreich implementiert. Begleitet wurde dieser Prozess von berufs- und einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen und Fortbildungsveranstaltungen in der Region. Erste Empfehlungen zur Ablaufgestaltung des Verfahrens wurden auf der Grundlage der Projekterfahrungen formuliert und können bei der Übertragung auf andere Einrichtungen nutzbar gemacht werden.

Schlüsselbegriffe: Kontinenz, Versorgungskontinuität, Qualitätszirkel

2 Ziele und Absichten des Projektes

Gemäß der ursprünglichen Projektziele sollten abgestimmte Handlungskonzepte zur Förderung der Harninkontinenz interdisziplinär und gemeinsam von unterschiedlichen Institutionen des Gesundheitswesen und der Altenhilfe entwickelt und implementiert werden. Ausgangspunkt war ein schon ca. eineinhalb Jahre vor Projektbeginn themenbezogen arbeitender berufs- und einrichtungsübergreifender Qualitätszirkel in der Region (vgl. Anlage 3). Das Modell themenbezogener regionaler Qualitätszirkel wurde 1996 im Rahmen eines früheren Projektes etabliert und ist seit 1998 vom Altenhilfebeirat des Kreises autorisiert, Qualitätsdefizite der pflegerischen Versorgung in der Region zu bearbeiten (Höhmnn et al. 1998). Im Rahmen dieser Qualitätszirkelarbeit wurden für das vorliegende Projekt die folgenden aufeinander aufbauenden, zentralen Zielsetzungen formuliert:

Zu Beginn sollte das Problembewusstsein der unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen für die Bedeutung der Inkontinenzproblematik durch gemeinsame Diskussionen untereinander aber auch mit Vertretern von Selbsthilfegruppen geweckt werden. Auf dieser Grundlage sollten Wissensdefizite und die oftmals anzutreffende Tabuisierung der Inkontinenz als eine vermeintlich unabwendbare Erscheinung des Alters im Rahmen von berufs- und einrichtungsübergreifenden Fortbildungen bearbeitet werden.

Auf einem solchen gemeinsamen Wissensbestand aufbauend, sollten dann ausgehend von auszuwählenden Projekteinrichtungen und begleitet durch die regionalen Qualitätszirkel, berufs- und einrichtungsübergreifend abgestimmte (pflege)diagnostische und -therapeutische Konzepte entwickelt werden, die dann übergreifend in den anderen interessierten Einrichtungen der Region ebenfalls eingesetzt werden sollten. Dies sollte in der Region als weiterer Mosaikstein zur Verbesserung der

Versorgungskontinuität langzeitpflegebedürftiger Menschen durch abgestimmte Handlungskonzepte dienen.

3 Methoden und Instrumente

Theoretischer Hintergrund und leitend für unser Verständnis des angestrebten Theorie-Praxis-Transfers waren Konzepte der Verlaufskurvenarbeit bei chronischer Krankheit und Behinderung, das Erfordernis systematisch prozesshaften Arbeitens, interaktionstheoretische Annahmen zu Bedingungen gelungener Austauschprozesse in der Arbeitspraxis und Konzepte lernender Organisationen - in Anlehnung an bereits erprobte Konzepte in der Region (vgl. Höhmann et al. 1998).

Im Hinblick auf die fachinhaltliche Beschäftigung mit dem Thema „Kontinenz“ bestand der erste Schritt in einer Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Carelit und der Cochrane Library zu (pflege)diagnostischen und (pflege)therapeutischen Konzepten im Umgang mit Problemen der Harnkontinenz. Im zweiten Schritt der praktischen Annäherung an das Thema konnte das Bethanienkrankenhaus in Heidelberg als ein zentrales und erreichbares deutsches Kompetenzzentrum im Hinblick auf den praktischen Einsatz pflegenaher therapeutischer Konzepte im Umgang mit Kontinenzproblemen zur Unterstützung gewonnen werden. Die wissenschaftliche Mitarbeiterin des Projektes konnte dort Schulungen besuchen und bekam fachliche Beratung durch die dortigen pflegerischen und medizinischen Inkontinenzexperten.

Darüber hinaus wurden die in Heidelberg für die stationäre geriatrische Rehabilitation entwickelten und erprobten Diagnose- und Therapieverfahren projektbezogen für den Einsatz im stationären und ambulanten Langzeitpflegebereich modifiziert und nutzbar gemacht. Damit konnten Zeit und Ressourcen gespart werden. Zudem führte die dortige Kontinenzberaterin einrichtungsübergreifende Fortbildungen in der Projektregion durch. Die Notwendigkeit dieser regionenweiten übergreifen-

den Schulungen ergab sich aus einer vor Projektbeginn - als Vorbereitung - durchgeführten kreisweiten Befragung der Einrichtungen zur ihrem Umgang mit Kontinenzproblemen ihrer Patienten/Bewohner und war eingepasst in die interdisziplinär angelegte Fortbildungsreihe des Kreises, die sich für ca. anderthalb Jahre dem Thema „Inkontinenz“ widmete (vgl. Anlage 3).

In den Projekteinrichtungen fanden für die Pflegenden in-house Schulungen statt zum Erwerb des erforderlichen pflegerisch-medizinischen Fachwissens über Harninkontinenz, der diagnostischen und therapeutischen Interventionsmöglichkeiten. Die in Skriptform zusammengefassten Inhalte (vgl. Anlage 4) bezogen sich schwerpunktmäßig auf die folgenden Themen:

- Anatomie/Physiologie des unteren Urogenitaltraktes
- Inkontinenzformen und deren Ursachen
- Diagnose einer Inkontinenz
- Bedürfnisse, Ressourcen und Pflegeprobleme im Zusammenhang mit der Inkontinenz einschätzen zu können
- Bedeutung von Scham, Ekel und Intimität für die Pflege inkontinenter Menschen und in der Pflegesituation berücksichtigen zu können
- Zielorientierte Pflegeinterventionen zur Förderung der Harninkontinenz (vgl. van der Weide 2001)
- Umfeld zur Förderung von Kontinenz gestalten zu können
- Hilfsmittel zur Behandlung von Inkontinenz qualitativ einschätzen und anwenden zu können
- Menschen mit Inkontinenz (und ihre Angehörigen) beraten und anleiten können.

Alle Pflegemitarbeiter in den Projekteinrichtungen sollten geschult werden, damit keine Versorgungs-, bzw. Kompetenzlücken beim Wechsel von Pflegefachkräften entstehen. Dies ließ sich jedoch nicht in der vorgesehenen Weise realisieren (s. Kap. 4.2).

Aufbauend auf dem (als gemeinsam angestrebten) Fachwissen wurde unter Rückgriff auf die im Bethanienkrankenhaus, Heidelberg, eingesetzten Instrumente ein Basisdiagnostikbogen zur Inkontinenz entwickelt und geschult (Anlage 5). Er sollte in Verbindung mit der in der Literatur beschriebenen umfassenden Basisdiagnostik (Anlage 5) eingesetzt werden und beinhaltet folgende Hauptkriterien:

Einschätzung von Risikofaktoren

Alter
Erkrankungen
Medikamente
Bewusstseinszustand
Bewegungsfähigkeit, Selbstständigkeit bei, Toilettengang
Kommunikation, Sehen, Hören

Ausscheidungsverhalten

Miktionshäufigkeit (incl. Miktionsprotokoll)
Menge und Zeitpunkt des Einnässens
Auffälligkeit bei der Miktions

Trinkverhalten

z.B. Miktionsprotokoll

Hilfsmittel/Therapeutika

z.B. Einlagen
Katheter
Trainings
Medikamente

Erleben der Inkontinenz

Angabe der Belastungsgrade

Der Einsatz dieses Instrumentes geschah mit den folgenden Zielsetzungen:

- Der Einsatz des Fragebogens sollte die Kommunikation über das Tabuthema „Inkontinenz“ erleichtern, die Pflegekräfte vor Ort sensibilisieren die Auswirkungen der Inkontinenz auf die Betroffenen zu erkennen sowie die Notwendigkeit von Diagnose- und Therapiekonzepten verdeutlichen.
- In Kenntnis der vielfältigen Belastungsdimensionen für die Betroffenen und ihrer Angehörigen und auf der Grundlage gemeinsa-

men pflegerisch-medizinischen Fachwissens sollte dieses einheitliches Diagnosekonzept genutzt werden, um die verschiedenen Inkontinenzformen systematisch identifizieren, kommunizieren und therapieren zu können.

- Des Weiteren sollten die Einrichtungen so einen Überblick bekommen über die Anzahl der von ihnen betreuten Menschen mit Kontinenzproblemen.
- Die Mitarbeiter sollten anhand der aus dem Diagnosebogen gewonnenen Informationen, in Umsetzung des Pflegeprozesses individuelle, angepasste Therapiemöglichkeiten und pflegerische Maßnahmen für harninkontinente Betreute erarbeiten.
- Die behandelnden Hausärzte und Urologen sollten auf der Grundlage systematisch ermittelter Vorinformationen zu Rate gezogen werden. Bei der Maßnahmenauswahl sollten die Betroffenen und ihre Angehörigen aktiv beteiligt, individuell unterstützt und gefördert werden.
- Eine abschließende systematische, kriteriengeleitete Evaluation von Maßnahmen wird damit ermöglicht, um eventuelle Therapieerfolge qualitativ und quantitativ sichtbar zu machen.
- Und schließlich sollten andere Berufsgruppen und die Krankenkassen von der Sinnhaftigkeit und Übertragbarkeit der Maßnahmen überzeugt werden.

Alle Bewohner und zuhause gepflegten Menschen wurden unabhängig davon, ob bereits eine Inkontinenz bekannt war, mit ihrer vorherigen Einwilligung befragt, um so eine realistische Zahl der tatsächlich betroffenen Menschen in den Projekteinrichtungen zu erhalten.

Nach der Erfassung und Identifikation des Kontinenzstatus der Bewohner/Patienten in beiden Heimen und dem ambulanten Pflegedienst, legte die wiss. Mitarbeiterin eine Analyse der erhobenen Daten vor (Kap. 5 und vgl. auch Anlage 5). Die Ergebnisse wurden in jeder Projekteinrichtung gemeinsam mit den Mitarbeitern interpretiert und ergänzt. Mit Un-

terstützung der wissenschaftlichen Mitarbeiterin wurde auf der Grundlage dieser Daten für jeden Betroffenen ein individueller Pflegeplan erstellt. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Formulierung konkreter Pflegeprobleme, -ziele und –maßnahmen gelegt. Dies geschah exemplarisch im Rahmen der in-house Schulungen, mußte aber auch durch zusätzliche außerplanmäßige Visiten der wiss. Mitarbeiterin, sowie gemeinsame Fallbesprechungen und im Rahmen von zeitaufwendigen Praxisbegleitungen unterstützt werden. Dieser inhaltlich unvorhergesehene Unterstützungsbedarf zeigte sich erst bei der Umsetzung des basisdiagnostischen Verfahrens und der regelhaften Einpassung der Ergebnisse in eine systematische Pflegeplanung. Es wurde deutlich, dass den meisten Pflegenden im Alltag die Arbeit nach einer regelhaften Ablaufsystematik, wie der Pflegeprozess sie beispielsweise vorgibt, kaum geläufig war.

Ursprüngliches Ziel war weiterhin, nach der Umsetzung des so entwickelten Pflegeplanes die betreuten Menschen mittels eines Kurzinterviews zu befragen, um mögliche Veränderungen transparent zu machen. Dieser Schritt musste jedoch aufgrund der zeitlichen Verzögerungen, die sich durch den erweiterten Schulungsbedarf ergaben, leider entfallen.

4 Durchführung und Verlauf des Projektes

Seit Frühjahr 2000 fanden regelmäßige Treffen verschiedener Gesundheitseinrichtungen in der Region statt (7 regionale Fortbildungsveranstaltungen, 5 Qualitätskonferenzen, eine Ist-Analyse zum Umgang mit Kontinenzproblemen von Patienten/Bewohnern in den Einrichtungen als Vorarbeiten zum erwarteten Projekt, vgl. Anlage 3). Aufgrund der relativ langen Bewilligungsdauer und des damit verbundenen verzögerten Projektbeginns (fast 1 Jahr nach Erstantragstellung), durch einen damit verbundenen personellen Wechsel der wissenschaftlichen Mitarbeiterin (vgl. Schreiben vom 5.7.01) sank die Bereitschaft der Akteure, sich über

die regelmäßigen regionalen Aktivitäten hinaus noch an dem geplanten Projekt zu beteiligen.

Auch verschärfte sich in diesem Jahr, nach Angaben der Einrichtungen, ihre Personalsituation.

In der Auftaktveranstaltung zum Projekt im September 2001 traten diese geschilderten Faktoren klar zu Tage. Es kristallisieren sich unterschiedliche Interessenslagen der verschiedenen Professionen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Altenhilfe heraus. Auch ehemals hoch motivierte Einrichtungen, sahen sich nicht mehr in der Lage, eine zuverlässige Projektteilnahme zu gewährleisten und sagten ab. Gründe dafür liegen zum einen in den recht desolaten Ergebnissen der zur Projektvorbereitung durchgeführten Befragung der Einrichtungen der Region und zum anderen in der plötzlichen Absage der Kostenträger, die ehemals in Aussicht gestellte positive Berücksichtigung von erfolgreich implementierten kontinenzfördernden Maßnahmen im Rahmen von Kostenvereinbarungen einzuhalten.

Im November 2001 fand eine erneute Anfrage bei den Gesundheits- und Altenhilfeeinrichtungen zur Beteiligung an dem geplanten Projekt statt. Zunächst erklärten sich drei stationäre Altenpflegeeinrichtungen und ein ambulanter Pflegedienst zur Mitarbeit bereit sowie ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen für die Gesamtdauer des Projektes zur Verfügung zu stellen und eine entsprechende Vereinbarung für ihre Teilnahme (vgl. Anlage 1) zu unterzeichnen. Eine stationäre Einrichtung zog jedoch aufgrund des plötzlich realisierten Aufwandes ihre Teilnahmebereitschaft kurzfristig zurück. So wurden schließlich drei Projekteinrichtungen als Partner gewonnen: zwei stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege und ein ambulanter Pflegedienst.

Die meisten der übrigen Einrichtungen der Region nahmen weiterhin regelmäßig an den 5 regionalen Qualitätszirkeln und Fortbildungen, die während der Projektlaufzeit begleitend stattfanden (vgl. Anlage 3) teil.

Wegen des allmählichen Rückzugs der Klinik als Projekteinrichtung, sank zudem die Beteiligungsbereitschaft der Hausärzte - zu einigen

konnte jedoch auf persönlicher Ebene erfolgreich Kooperationskontakt hergestellt werden.

Im Überblick lassen sich die wichtigsten Projektschritte in den Einrichtungen wie folgt darstellen:

Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
9/01 -	12/01 -	03/02 -	11/02
<ul style="list-style-type: none">- Suche nach Projekteinrichtungen- Entwicklung des Schulungskonzeptes und Basisdiagnostikbogens	<ul style="list-style-type: none">- in-house Schulungen zur Problemsensibilisierung und Wissensvermittlung: Kontinenz- Schulungen zum Pflegeprozess- Vorstellung der Basisdiagnostikbögen- Einführung eines einheitlichen Diagnose- und -therapiekonzeptes	<ul style="list-style-type: none">- Beginn der Basisdiagnostik- Fortlaufend: Fallbesprechungen Praxisbegleitung, Auswertung der Basisdiagnostikbögen und Erstellung von Pflegeplanungen vor Ort, Überprüfung der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none">- Abgabe der letzten Basisdiagnostikbögen,- Endauswertung,- Abschlussgespräch- Projektreflektion und Empfehlung

← Regionale Qualitätszirkel und Fortbildungen →

4.1 Die teilnehmenden Einrichtungen

Zwei stationäre Altenpflegeeinrichtungen und ein ambulanter Pflegedienst beteiligen sich an dem Projekt. Beide stationären Pflegeeinrichtungen liegen in privater Trägerschaft. Zu Pflegeheim A gehört ein angegliederter ambulanter Pflegedienst, der jedoch nicht aktiv im Projekt mitarbeitete. In Pflegeheim A leben 30 Bewohner, in Pflegeheim B zwischen 57 bis zu 64, über die Projektzeit hinweg im Schnitt ca. 60 Bewohner. Der ambulante Pflegedienst C betreut ca. 65 ältere Menschen.

Zuverlässige Angaben über die besetzten Stellen ließen sich aufgrund von Widerständen der Leitungen, extremer Personalfluktuaton, einer hohen Anzahl von variabel ausgefüllten Teilzeitstellen nicht ermitteln. Als Fazit lässt sich jedoch für alle drei Einrichtungen festhalten, dass sie zu keinem Zeitpunkt im Projekt alle Planstellen besetzt hatten. Alle drei Einrichtungen waren bislang erst wenig an der regionalen Qualitätsarbeit beteiligt.

4.2 Probleme, Schwierigkeiten, Hindernisse

Nachdem sich ein Jahr lang die verschiedenen Professionen und Einrichtungen intensiv dem Thema „Inkontinenz“ gewidmet haben, (vgl. Anlage 3), beginnt das Projekt. Aufgrund der Absage von Kostenträgern, eventuelle Qualitätszuwächse pflegesatzrelevant zu „belohnen“ und aufgrund der Ergebnisse der vorgeschalteten Befragung zum Umgang mit Kontinenzproblemen der betreuten Bewohner/Patienten in der Region, die auf außerordentlichen Handlungsbedarf in den Einrichtungen schließen ließen, war es schwierig, die notwendige Motivation zur Realisierung des Projektes zu mobilisieren. Im August 2001 wurde sogar das Fortbestehen des Qualitätszirkels von den Beteiligten in Frage gestellt. Aus der dann jedoch fortgesetzten Zirkelarbeit zogen sich die zunächst beteiligten Vertreter der Krankenkassen zurück. Von Seiten der beteiligten Hausärzte, Gynäkologen und Urologen lag dann auch nur gedämpftes Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit vor, das vollends erlosch als die Klinik ihre Teilnahmbereitschaft am Projekt zurücknahm, und die Kassen erneut ihre als unverrückbar dargestellten Budgetgrenzen deutlich machten. Das Interesse der Klinik, hier ausschlaggebend das der Mediziner, sank als der pflegerische Impetus des Projektes deutlich wurde, und die Möglichkeit eines (akut)medizinisch orientierten Interventionsprojektes in den Hintergrund trat. In dieser Situation ließ sich die ursprünglich angestrebte Interdisziplinarität und einrichtungsübergreifende Entwicklungsarbeit nicht - wie angestrebt - realisieren.

Ehemals interessierte Pflegeeinrichtungen fühlten sich nun überfordert, die Teilnahmekriterien:

- Teilnahme am Projekt über des gesamten Zeitraum von 13 Monaten
- Schulungsteilnahme aller Mitarbeiter
somit entsprechende Gestaltung der Dienstpläne
- Basisdiagnostische Erfassung aller Bewohner bzw. zu hause Betreuten (bei freiwilliger Teilnahme der Betroffenen)
- Bereitstellung von Schulungsräumen

zu erfüllen.

Am häufigsten wurde die Ablehnung der Teilnahme mit den bereits beschriebenen fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen im Pflegebereich begründet. Eine weitere Überforderung der ohnehin belasteten Mitarbeiter wurde befürchtet.

Schließlich wurden bei den drei teilnehmenden Einrichtungen andere Bedingungen vor Ort vorgefunden, als in den Vorgesprächen zugesichert. Von Nachteil war hier, dass - wegen mangelnder Projektressourcen - Interventionen geplant wurden, ohne vorherige eigene Ist-Analyse der zu erwartenden Situation in den drei Einrichtungen.

Die Projektziele und Vorgehensweise mussten so erheblich modifiziert werden. Denn um fachlich qualifizierte Handlungskonzepte im Umgang mit Harninkontinenz realisieren zu können, ist neben dem entsprechenden Fachwissen, die Umsetzung einer systematischen Handlungsabfolge, wie sie beispielsweise der Pflegeprozess vorgibt, unabdingbar. Damit zeigten sich jedoch die meisten Pflegemitarbeiter vor Ort überfordert. Es gelang ihnen kaum, aufeinander aufbauende Problem-, Ziel- Maßnahmen Formulierungen zu erstellen.

Bei den daraufhin eingeschobenen weiteren Schulungen vor Ort konnten jedoch nur in einer der beteiligten Einrichtungen die organisatorischen Voraussetzungen für die regelmässige Beteiligung der Pflegekräfte geschaffen werden. In den beiden anderen Einrichtungen wurden Termine

immer wieder kurzfristig abgesagt, zum vereinbarten Schulungstermin waren keine Teilnehmerinnen anwesend, Teilzeitkräfte waren nicht im Dienst oder es wurde schlicht vergessen die Mitarbeiter freizustellen. Da keine Kontinuität der Teilnehmer gewährleistet werden konnte, mussten sehr zeitaufwendig zentrale Inhalte immer wieder neu vermittelt werden. So gab es viele Informationsschnittstellen, verstärkt dadurch, dass auch die Informationsweitergabe über die bereits durchgeführten Interventionen unter den Mitarbeiterinnen nicht regelhaft gewährleistet war.

Im ambulanten Bereich war darüber hinaus die spezifische Anpassung der Diagnostik und Therapievorschläge an die häusliche Umgebung der betroffenen Menschen notwendig. Unter Berücksichtigung der zeitlich begrenzten Anwesenheit der Pflegefachkräfte vor Ort war nur eine partielle Möglichkeit der Einflussnahme, sowohl bei der Pflegediagnostik (z.B. Erstellung eines Miktionsprotokolls) als auch bei der Umsetzung der pflegerischen Maßnahmen (z.B. Toilettentraining) realisierbar. Die Pflegenden bemerkten, wie schwierig es ist, pflegende Angehörige und das familiale Umfeld zu motivieren, zu beraten und unterstützen zu konen. Als besonders hinderlich erwiesen sich die teilweise ungünstigen architektonischen Gegebenheiten in den Privathaushalten.

Allgemein kann gesagt werden, dass es vor allem aufgrund der geringen Schulungsdisziplin, der personellen Diskontinuität in den einzelnen Bereichen und der hohen Personalfluktuaton schwierig war, die basisdiagnostischen Verfahren zur Identifikation einer Harninkontinenz umzusetzen. Es konnte in keiner Einrichtung regelhaft gewährleistet werden, dass die Miktionsprotokolle (Anlage 5) kontinuierlich über 72 Stunden geführt wurden. Ausserdem konnte aufgrund mangelnder Kompetenzen in den Altenpflegeeinrichtung eine eigene Restharnbestimmung durch Pflegefachkräfte nicht stattfinden. Obwohl eine Firma zu günstigen Konditionen ein sonographisches Gerät (Bladderscan) zur Verfügung stellte, mit dem vor Ort eine noninvasive Restharnbestimmung durchgeführt werden konnte, wurde dies zum Ende des Projektes zurückgegeben,

weil sich in den Einrichtungen niemand in der Lage sah, dies - trotz vieler Schulungen - zu bedienen. Somit wird dieser Baustein der Diagnostik nach Beendigung des Projektes nicht mehr durchgeführt. Labor- und Urinalanalysen können nur mit Unterstützung eines Hausarztes oder Urologen im Rahmen der begrenzten Behandlungsbudgets durchgeführt werden.

Der als erforderliche Voraussetzung für erfolgreiche Innovationen anzusehende Wunsch nach Verbesserung der Alltagspraxis und Kompetenzerweiterung (vgl. z. B. Bloome 1997) konnte nicht auf allen Arbeitsebenen der Projekteinrichtungen konsequent hergestellt werden. Dem Management war sicherlich nicht zu allen Zeitpunkten deutlich, dass der gewünschte Einsatz der Instrumente auch einen Einfluss auf personelle Ressourcen hat, fachliche Qualifikationen erfordert und mit dem Erfordernis struktureller Planungen einhergeht.

5 Ergebnisse

Insgesamt wurden von den 155 Bewohnern oder zuhause betreuten Menschen 132 im Rahmen der basisdiagnostischen Erhebung (vgl. Anlage 5) erfasst. Die durchschnittliche Befragungsdauer betrug 11,01 Minuten. Die vorliegende Auswertung konzentriert sich auf unmittelbar für die Pflege handlungsrelevante Aspekte.

Einrichtung	Bewohner/ Betreutenanzahl	Befragte	Altersdurchschnitt	Inkontinente
A	Ca. 30	27	77,7 J	17
B	Ca. 60	57	84,6 J	41
C	Ca. 65	48	78,8 J	32

Abb.1 : Die beteiligten Einrichtungen und deren Bewohner/Patienten

Von den 132 ermittelten Personen (97 weiblich, 30 männlich, 5 ohne Angabe) waren 90 als inkontinent und 22 als kontinent einzustufen. Bei 20 der Befragten konnte keine konkrete Zuordnung erfolgen, da die angekreuzten Aussagen auf den Bögen unvollständig waren. Der so ermittelte hohe Anteil an Betreuten mit Kontinenzproblemen unterstreicht die Wichtigkeit des Themengebietes für die Pflege von betagten Menschen.

Die ermittelte Altersstruktur der Betroffenen sieht in den Projekteinrichtungen folgendermaßen aus:

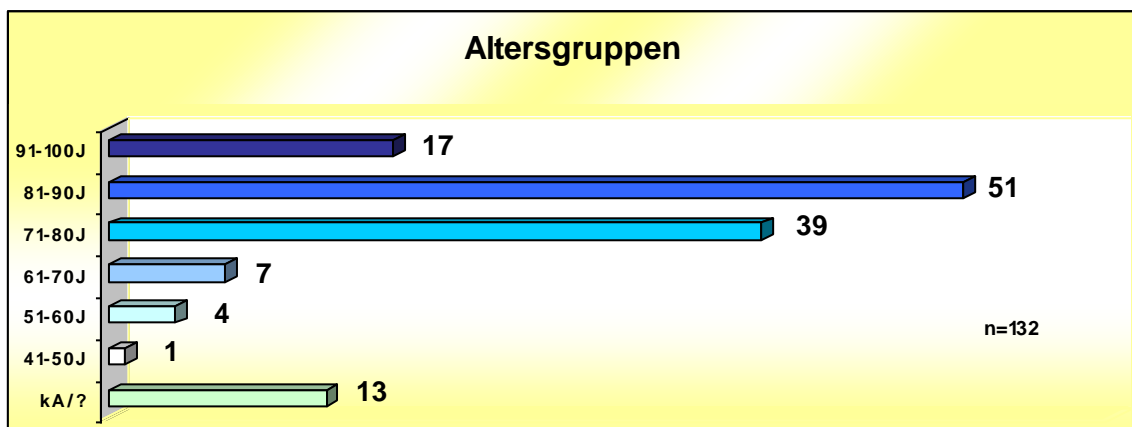


Abb.2 : Altersgruppen der Befragten

Bei der Altersverteilung ist die Dominanz der Gruppe der 81-91 jährigen Menschen auffällig. Viele Betroffene sind dem Personenkreis der sehr Betagten zuzuordnen. Dieses Ergebnis stimmt nicht verwunderlich, da Inkontinenz ein häufiger Grund für die Dekompensation im häuslichen Bereich ist und die Einweisung in ein Pflegeheim zu Folge hat (vgl. Höhmann et al 1998).

Aufgrund der Konzentration von Menschen höheren Alters, ist die Vielzahl der Erkrankungen (Multimorbidität) und deren Auswirkungen im Hinblick auf das Problem der Inkontinenz ein wichtiger Aspekt bei der Risikoeinschätzung und bei der Planung der möglichen Behandlungen. Folgende Verteilung der Erkrankungen wurde ermittelt:

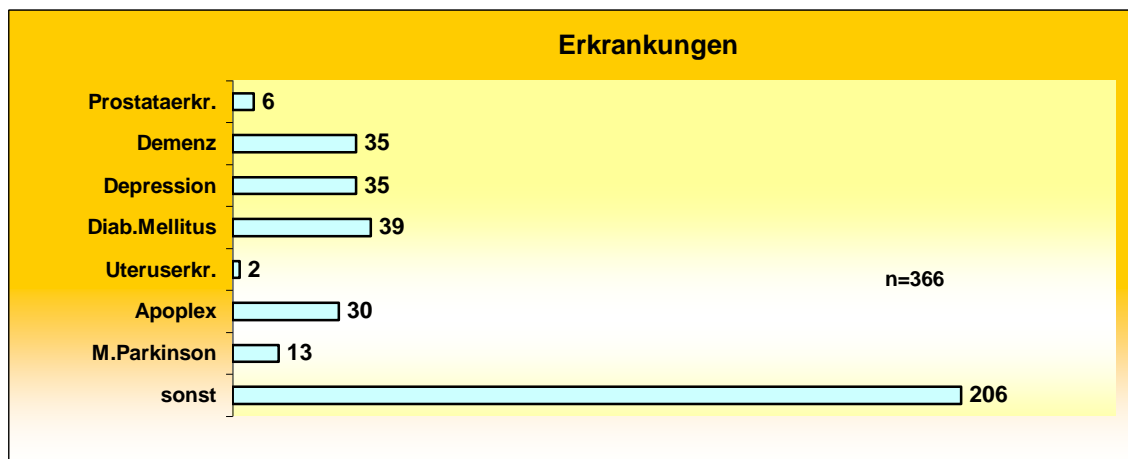


Abb. 3 : Verteilung der ermittelten Erkrankungen

Unter den „sonst(ige)“ Erkrankungen finden sich fast ausschließlich unterschiedliche Formen von Herzerkrankungen.

Mit Fragen zum Belastungsgrad sollten vergleichbare subjektive Einschätzungen der Betreuten ermittelt werden, um den Pflegenden Anhaltspunkte für die von den Betroffenen selbst eingeschätzte Dringlichkeit von möglicher Abhilfe ihrer Kontinenzprobleme zu verschaffen. Allerdings wurden bei den Angaben zum Belastungsgrad bei 73% der ausgefüllten Bögen keine Angaben gemacht. Möglicherweise war ein Teil der Befragten nicht in der Lage, diese Frage zu beantworten. Andererseits steht zu vermuten, dass bei der relativ kurzen durchschnittlichen Befragungsdauer die Pflegekräfte auf das Abfragen dieser Inhalte verzichtet haben, weil sie zu großen Zeitaufwand durch damit verbundene persönliche Äußerungen der Befragten befürchteten.

Bei 132 befragten Personen und 97 fehlenden Angaben, wurden der Belastungsgrad 0 (BG 0), entsprechend keiner Belastung bis Belastungsgrad 10 (BG 10), entsprechend einer sehr starken Belastung wie folgt ausgezählt:

BG	BG	BG	BG	BG	BG	BG	BG	BG	BG9	BG10
0	1	2	3	4	5	6	7	8		
4	9	2	4	2	7	4	0	0	1	2

Die ursprünglich geplante spätere Beurteilung der durchgeführten Maßnahmen im Hinblick auf ihre Wirkung auf eine Veränderung des wahrgenommenen Belastungsgrades der Betroffenen, wurde aufgrund der beschriebenen zeitlichen Verzögerungen im Projekt nicht mehr durchgeführt.

Die in der Praxis erprobten Maßnahmen bezogen sich nur in einigen wenigen Fällen auf (erfolgreiche) Kontinenztrainings, viel häufiger erfolgte jedoch eine individuelle Anpassung von Pflegehilfsmitteln.

Eine umfassende Analyse der Effizienz der durchgeführten Maßnahmen war in der kurzen noch verbleibenden Zeit bis zum Ende des Projektes nicht möglich. Gleichwohl berichten Pflegefachkräfte von erfolgreichen Einzelfalllösungen, wie beispielsweise von einer Anpassung der Inkontinenzunterlagen speziell für einen älteren Herrn, der keine Frauenunterlagen benutzen wollte und nach Versorgung mit Männerinkontinenzmaterial eine erhebliche Verbesserung für seine Lebensqualität beschrieb (Fallnummer 23).

Bei den zur Vorbereitung der Abschlussgespräche in den Einrichtungen im Rahmen von einzelnen Dokumentenscreenings und Fallbesprechungen ermittelten „Endergebnissen“, wurde deutlich, dass eine systematische, prozesshafte Ziel- und Maßnahmenformulierung in den stationären Einrichtungen auch nach Interventionsende nicht umgesetzt werden konnte. Sinnhafte Maßnahmen zur Kontinenzdiagnostik oder -therapie geschahen im Einzelfall. Im ambulanten Pflegedienst begannen die Mitarbeiter jedoch gegen Ende des Projektes, systematisch zu planen, zu dokumentieren und auch die vereinbarten Maßnahmen eigenständig umzusetzen. Diese bezogen sich allerdings hauptsächlich auf eine individuell angepasste Hilfsmittelversorgung sowie den Beginn einer systematischen Information und Beratung von Angehörigen und die Kontaktaufnahme zu Hausärzten.

6 Empfehlungen für andere Pflegeeinrichtungen

Als grundsätzliche Voraussetzung jeder erfolgreichen Projektarbeit ist die Bereitschaft und das Problembewusstsein aller Mitarbeiter und der Leitungskräfte anzusehen, sowie deren Bereitschaft erforderliche Ressourcen zur Umsetzung zu mobilisieren. Ein von allen als verbindlich akzeptiertes Konzept muss entwickelt und konkrete Umsetzungsschritte mit den dabei jeweils an Mitarbeiter gerichteten Anforderungen transparent gemacht werden. Akzeptierte Zielkriterien sollten formuliert sein. Anzustreben ist ein ineinandergreifendes top-down und bottom-up Vorgehen. Vor Projektbeginn sind mit den Einrichtungen Vereinbarungen zu treffen, die sich auf die Teilnahmekonditionen und die gegenseitigen Verpflichtungen beziehen. Auch wenn es den Einrichtungen unnötig erscheint, empfiehlt es sich, solche Verbindlichkeiten detailliert festzulegen. Des Weiteren sollte nicht, wie im vorliegenden Projekt aufgrund knapper Ressourcen geschehen, auf eine detaillierte Analyse der Ausgangssituation vor Ort verzichtet werden. Diese erscheint für eine erfolgreiche und realistische Ziel- und Ablaufplanung der Projektarbeiten erforderlich.

Im Hinblick auf die spezifische Einführung pflegerischer kontinenzdiagnostischer und -therapeutischer Verfahren in der Langzeitpflege empfehlen wir auf der Grundlage der Projekterfahrungen auf folgende weitere Punkte zu achten:

Bestimmung einer fachkompetenten und autorisierten Kontinenzbeauftragten und jeweils einer verantwortlichen Pflegefachkraft auf der Station, bzw. dem Wohnbereich, damit eine kontinuierliche Versorgungs- und Beratungskontinuität in der direkten Pflege gewährleistet ist.

Kenntnis des Pflegeprozesses und Fähigkeit der Umsetzung ist für alle Beteiligten obligatorisch.

Schulung **aller** Mitarbeiter über Formen, Ursachen und fördernde Pflegemethoden bei Harninkontinenz.

Zur Umsetzung des Konzeptes muss die Begleitung der Diagnostik durch die Kontinenzbeauftragte auf den Stationen oder Wohnbereichen gewährleistet sein. Die Erprobung der Diagnostik in Bezug auf die Praktikabilität erfolgt durch die Pflegefachkräfte. Für jede Betreute ist eine verantwortliche Pflegefachkraft festzulegen.

Liegt eine Inkontinenz vor, muss die Inkontinenzform und deren Ausmaß identifiziert werden. Dies geschieht anhand der vorgeschlagenen Basisdiagnostikmaßnahmen. Auf der Grundlage der Ergebnisse erstellt die zuständige Pflegefachkraft eine individuell angepasste Pflegeplanung, wählt konkrete Pflegemaßnahmen in Absprache mit den Betroffenen aus und führt sie durch.

In Rücksprache mit dem Betroffenen, dem betreuenden Arzt und den zuständigen Pflegefachkräften überprüft die Kontinenzbeauftragte die erarbeiteten Pflegepläne. Gerade bei neuen Maßnahmen oder Hilfsmittelanpassungen, sollte dies in engem Kontakt zwischen den Beteiligten erfolgen.

Die Maßnahmen werden durch die verantwortliche Pflegekraft und die Kontinenzbeauftragte evaluiert. Die Ergebnisbewertung findet unter Einbeziehung der Betroffenen (u.U. deren Angehörigen) sowie des behandelnden Arztes statt. Daraufhin erfolgt eine Maßnahmenmodifikation und eine evtl. Anpassung.

Um die Verstetigung in Einbeziehung dieser gewonnenen Erkenntnisse zu gewährleisten, muss mind. einmal wöchentlich eine Pflegevisite stattfinden. Zunächst sollte auch hier die Hauptverantwortung in den Händen der Kontinenzbeauftragten liegen. Der direkte Anteil der Kontinenzbeauftragten sollte im Laufe der Zeit reduziert werden und die Gesamtverantwortung sollte zunehmend in die Hände der Pflegefachkräfte auf den Stationen, bzw. Wohnbereichen übertragen werden.

Schematisch lässt sich dieser Ablauf anhand des folgenden Flussdiagramms darstellen:

VORBEREITUNG

1. Bestimmung einer kompetenten Kontinenzbeauftragten und jeweils einer verantwortlichen Pflegekraft auf der Station bzw. Auf dem Wohnbereich
↓
Herstellung einer kontinuierlichen Beratung und Versorgung
↓
2. Kenntnis des Pflegeprozesses
↓
Fähigkeit der Umsetzung der Konzepte bei den Beteiligten incl. organisatorischer Arbeitsvoraussetzungen
↓
3. Schulung aller Mitarbeiter über Formen, Ursachen und pflegetherapeutischen Möglichkeiten bei Harninkontinenz
↓
4. Sicherung von personeller Kontinuität
↓
5. Bereitstellung der erforderlichen Hilfsmittel

UMSETZUNG DES KONZEPTES

6. Begleitung der Diagnostik durch die Kontinenzbeauftragte auf den Stationen oder Wohnbereichen
↓
Erprobung der Diagnostik (Pre - Test)
↓
Inkontinenzformen identifizieren
↓
Kontinenzproblem: ja
↓
spezifische Problemformulierung,
Ziel- und Maßnahmenwahl durch Pflegekräfte
in Absprache mit Betroffenen/Angehörigen
↳ Haus bzw. Facharzt informieren
↳ Hilfsmittelanpassung
↳ Training etc.
↓
7. Überprüfung der Empfehlungen durch die Kontinenzbeauftragte
↓
Rücksprache mit dem betreuenden Arzt
↓
8. Durchführung der Fördermaßnahmen (incl. Hilfsmittel) durch die
- Kontinenzproblem: nein
↓
○ Vorläufiges Ende des diagnostischen Prozesses

Mitarbeiter der Station bzw. des Wohnbereichs in Rücksprache mit der Beauftragten



9. Evaluation der ergriffenen Maßnahmen
Ergebnisbewertung, Rücksprache mit Betroffenen/ Angehörigen, Pflegenden, Arzt



10. b. B. Maßnahmenmodifikation/Anpassung

VERSTETIGUNG

11. mind. 1x wöchentlich stattfindende Pflegevisite
angeleitet durch Kontinenzbeauftragte



Einbezug der Inkontinenzdiagnostik und Beratung in den normalen
Pflege- und Bewohneralltag



der direkte Anteil der Kontinenzbeauftragten wird im Laufe des Projektes reduziert



die Verantwortung liegt bei der Fachkraft und den fortgebildeten Pflegekräften
vor Ort

7 Verweise auf Veröffentlichungen zum Projekt

Wissenschaftliche Publikationen sind in Vorbereitung. Die Veröffentlichungen der Tagespresse sind in Anlage 6 zusammengestellt.

8 Ausgewählte Literatur

Broome, A. (1997) *Change-Management in der Pflege*, Ullstein Mosby, Wiesbaden

Diekmann, A. (1996) *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*; 2. Auflage, Rowohlt, Hamburg

Friedrichs, Jürgen (1990) *Methoden empirischer Sozialforschung*, Studium Sozialwissenschaften, Rowohlt, Hamburg

Höhmann, U.; Müller-Mundt, G., Schulz, H. (1998) *Qualität durch Kooperation*, Mabuse, Frankfurt am Main

Kuno, E.; Müller, M.; Pfisterer, M. (2001) *Harninkontinenz beim älteren Menschen*, Schulungsmaterial Bethanien Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum Heidelberg

McGuire, E.J.; Resnik, M.; Yalla, S.V.; Kirschner-Hermanns, R. et al. (1998) *Epidemiologie und Ätiologie der Harninkontinenz*, Urologe, Jg. 38, S. 3-9

Ouslander, J.G.; Schnelle, J.F. (1995) *Incontinence in the Nursing Home*, Ann. Intern. Med, 122:438-449

Ouslander, J.G.; Schnelle, J.F.; Umann, G.; Fingold, S. et al. (1995) *Predictors of successful prompted voiding among nursing home residents*, Journal of the American Medical Association, 273:1366 – 1370

Pfisterer, M.; Kuno, E.; Müller, M.; Schlierf, G.; Oster, P., (1998) *Harninkontinenz im Alter*, Teil 1: Formen der Harninkontinenz – Basisdiagnostik – Zusatzdiagnostik, IN: Fortschritte der Medizin, 116:17:22-27

Pfisterer, M.; Kuno, E.; Müller, M.; Schlierf, G.; Oster, P., (1998) *Harninkontinenz im Alter*, Teil 2: Therapie – vom Toilettentraining und Beckenbodentraining bis zur medikamentösen Therapie und Hilfsmittelversorgung, IN: Fortschritte der Medizin, 116:17:27-32

Roe, B. (1997) *Inkontinenz*, Ullstein Medical, Wiesbaden

Roe, B.; Willson, K.; Doll, H.; Brooks, P. (1996) *An evaluation of health interventions by primary health care teams and continence advisory services on patient outcomes related to incontinence. Summary report*, Department of Public Health and Primary Care, Health Services Research Unit (Hrsg.), Crown, Oxford

Van der Weide, M. (2001) *Inkontinenz – Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen*, Hans Huber, Bern

9 Projektbeteiligte

- Dipl. Pädagoge Peter Bäumel, Fachbereich II/I Sozialplanung, Kreis Gross-Gerau (Projektleiter: Praxis)
- Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Professorin für Pflegewissenschaft, Evangelische Fachhochschule, Darmstadt (Projektleiterin: Wissenschaft)
- Udo Ossoba, Pflegemanager, Leiter der IBF Abteilung des Kreiskrankenhauses Groß Gerau, Stellvertretender PDL (Moderation der regionenbezogenen Qualitätszirkel)
- Dipl. Pflegewirtin Katja Werwie (wiss. Mitarbeiterin), jetzt: Pflegedienstleitung, Alten-/Altenpflegeheim St. Elisabeth, Trier