

„Wenn Du nicht fragst, erfährst Du nichts“ Zitat aus IST-Analyse USB zu Inkontinenz 2013

## **Fact Sheet: Angebot zur Kontinenzförderung am USB**

Workshop 13. Mai 2014  
Verfasserin: Christa Züger, MNS

### **Ausgangslage mit IST Analyse USB**

Harn- oder Urininkontinenz ist ein häufiges Symptom weltweit mit meist starken negativen Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit, auf Lebensqualität, Komorbidität und Sicherheit und kann sozioökonomisch belastend sein. Das Leiden betrifft vermehrt Frauen und nimmt im höheren Alter zu, wobei sich die Geschlechterverteilung im Alter annähert. Betroffene und deren Angehörige leiden oft stark unter den Auswirkungen von Inkontinenz. Die Patienten eignen sich nicht selten schädliche Copingstrategien an wie Einschränkungen der Flüssigkeitsaufnahme, soziale Isolation und unzureichende Hygiene. Weitere Folgen und Komplikationen wie Stürze mit Frakturen, Infektionen, Wundliegen und Delir können zu verlängerten Spitalaufenthalten und (Re-) Hospitalisationen führen und das Leiden verstärken (Dingwall & McLafferty, 2006; Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des Bundes, Niederstadt, Gaber, & Füsgen, 2007).

Die International Continence Society (ICS) definiert Urininkontinenz als „jeglicher unfreiwilliger Urinverlust“ ohne Angaben zu Schweregrad und Häufigkeit (Abrams et al., 2003). Die Internationale Consultation on Incontinence (ICI) entwickelt und aktualisiert in internationaler Zusammenarbeit evidenzbasierte Empfehlungen und Algorithmen, um das verbreitete Gesundheitsproblem anzugehen (Abrams et al., 2010; AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2009; Thuroff et al., 2011).

Die Prävalenz von Urininkontinenz in der Bevölkerung bewegt sich zwischen fünf bis fünfzig Prozent und kann bei fragilen älteren Menschen mit Demenz bis 80% erreichen. Davon wird jedoch nur ein Bruchteil identifiziert (Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des Bundes et al., 2007; Woodford H. & George, 2007). Die Prävalenz in Akutspitälern wird in der Schweiz nicht flächendeckend erhoben. Studien aus anderen Ländern zufolge liegt sie bei 20% (ohne Verweilkatheter) (Halfens et al., 2013), bei den über 65-jährigen bei 35-42% (Schultz, Dickey, & Skoner, 1997).

In der Schweiz wird Inkontinenz von Fachexperten als schambehaftetes und tabuisiertes Volksleiden bezeichnet, dessen nachweisliches Verbesserungspotenzial kaum bekannt ist (Schweiz. Gesellschaft für Blasenschwäche [www.inkontinex.ch](http://www.inkontinex.ch)). Als Reaktion darauf bieten immer mehr Spitäler Becken- oder Blasenzentren mit umfassenden Behandlungsangeboten an.

Die durch Inkontinenz verursachten Kosten bedeuten für das Gesundheitswesen wie für Betroffene eine erhebliche sozioökonomische Last, die schwer zu erfassen ist. Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gab 2004 alleine für die medikamentöse

Behandlung von Dranginkontinenz 106 Mill Euro aus (Arzneimittelrapport 2005 in Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des Bundes et al., 2007). Weitere erhebliche Ausgaben betreffen Hilfsmittel (2003: 3,9% aller Hilfsmittel), ambulante und stationäre Behandlungen einschliesslich der Folgen (wie Dekubitus und Harnwegsinfekte) sowie ein erhöhter Pflegeaufwand, der bis zu einem frühzeitigem Pflegeheimtritt führen kann (Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des Bundes et al., 2007).

### **IST-Analyse Experteninterviews USB**

Die umfassende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Inkontinenz ist am USB ein allgegenwärtiges und klinikübergreifendes Thema. Es zeigt sich vorwiegend ein Bedarf an Beratungs- und Instruktionsangebot, um Betroffene - Gesundheitspersonal wie Patienten - in der Alltagsbewältigung bestmöglich zu unterstützen. Die Erhaltung und kontinuierliche Verbesserung des Dienstleistungsangebotes gehört zu den Zielen des USB. In diesem Sinne initiierten die Fachbereichsleitungen Pflege Spezialkliniken und Chirurgie und die Leitung Abteilung Praxisentwicklung Pflege im Sommer 2013 eine IST-Analyse zum Thema Kontinenzförderung am USB. Es wurden 17 Interviews mit Fachexperten aus verschiedenen Bereichen und Professionen geführt. Die Analyse zeigte, dass Inkontinenz (Stuhl-, wie Urininkontinenz) im USB aus medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Sicht ein relevantes Thema darstellt, welches nicht systematisch angegangen wird. Fachpersonen verfügen über eine sehr gute Expertise zum Thema Kontinenzförderung, es fehlt jedoch an einer Vernetzung und einer interprofessionell umfassenden Behandlungsstrategie. Bestehende Angebote sind intern und extern zu wenig bekannt und genutzt. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert Inkontinenz als ein pflegerelevanter Qualitätsindikator. Es ist vorgesehen, Inkontinenz bei den jährlichen Prävalenzmessungen aufzunehmen. Das Ressort Pflege/MTT ist daher gefordert, die Entwicklung eines pflegerischen Angebots zu unterstützen. Im USB sowie im Raum Basel fehlt ein strukturiertes medizinisch/pflegerisches Angebot für die umfassende Versorgung von Menschen mit Inkontinenz. Deshalb erachten wir es als wichtig, eine Versorgungsanpassung für diese Patienten und Patientinnen vorzunehmen.

### **Umfassendes Kontinenz-Management: Ansätze aus der Literatur**

Die Begleitung von Menschen mit Inkontinenz ist anspruchsvoll und die Behandlung multifaktoriell. Durch Angebote mit fortschrittlichen Behandlungs- sowie adäquaten Selbstmanagement Strategien können Inkontinenzvorkommen sowie Kosten nachweislich gesenkt werden (Milsom et al., 2014; Ostaszkiwicz, O'Connell, & Millar, 2008; Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des Bundes et al., 2007; Thuroff et al., 2011). In den häufigsten Fällen können bereits mit einer konservativen Behandlung mit Verhaltensinformationen (Blasentraining, Toilettenverhalten, Hygienemassnahmen, Beckenbodentraining im Alltag, geeignete Hilfsmittel etc.) und Lebensstiländerungen mit oder ohne Medikamente positive Auswirkungen erzielt werden (Abrams et al., 2010; Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des Bundes et al., 2007; Thuroff et al., 2011). Ein wichtiger Beitrag zum Erfolg von Inkontinenz-Management werden interprofessionellen Teams zugeschrieben. Entscheidend sind Expertise und Zeit, die für eine effektive Beratung und Instruktion, Motivation und Befähigung der Patienten und Patientinnen zum Selbstmanagement eingesetzt werden (Borrie & Valiquette, 2002; DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2007). Je nach Behandlungswunsch von betroffenen Patienten und Patientinnen, bei Hinweisen auf eine komplizierte Inkontinenz oder wenn die konservative Therapie keinen für die Patienten befriedigenden Erfolg zeigen, sind genauere differenzialdiagnostische Zuordnung und Behandlungsvorschläge nötig (Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des

Bundes et al., 2007; Thuroff et al., 2011). Im Akutspital fehlen häufig die nötige Einstellung/Kultur sowie ein umfassendes Vorgehenskonzept, um Risiken und Folgen von Inkontinenz zu erkennen und anzugehen (Cooper & Watt, 2003). Inkontinenz wird in Spitälern nicht nur kaum erfasst, sondern es werden auch neue inkontinente Patientinnen oder Patienten generiert, sei es iatrogen als Nebenwirkung von anderen Therapien (Operationen/Medikamente) oder pflegerisch aus Mangel an Wissen oder Fehlverhalten. Die Abgabe von Urininkontinenz-Einlagen als häufigste pflegerische Massnahme zum Beispiel führten in einer randomisiert kontrollierten Untersuchung (RCT) signifikant häufiger zu einer neuen Inkontinenz als das Toilettentraining in der Vergleichsgruppe (Zisberg, Sinoff, Gur-Yaish, Admi, & Shadmi, 2011). Patienten wünschen, während eines Spitalaufenthaltes vom Arzt oder von Pflegenden auf Inkontinenz angesprochen zu werden (Albers-Heitner et al., 2012). Pflegenden wird vor allem im konservativen Inkontinenz-Management eine wichtige Rolle zugeordnet. Eine RCT zeigte eine signifikante Reduktion von Inkontinenzereignissen und Gebrauch von Inkontinenz-Einlagen durch Beratungen von spezialisierten Pflegenden über Verhalten- und Lebensstil Anpassungen (Borrie, Bawden, Speechley, & Klooseck, 2002).

### **Nutzen eines Angebots zur Kontinenzförderung am USB**

Ein fachübergreifendes, interprofessionelles und koordiniertes Versorgungskontinuum zur Kontinenzförderung kann zur Effizienzsteigerung in der stationären und ambulanten Behandlung der Patienten am USB beitragen. Damit können Ressourcen zielgerichtet eingesetzt, das Selbstmanagement verbessert und Komplikationen und damit einhergehende mögliche verlängerte Aufenthaltsdauer oder Rehospitalisationen vermindert oder verhindert werden. Eine Personenorientierung und wirksame Kontinenzförderung kann zur Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen und zur Erhöhung der Attraktivität des USB für Betroffene sowie zuweisenden Fachärzte und Grundversorger beitragen. Ambulante Leistungen, Angebotssteuerung und Koordination können zielgerichtet erbracht werden, Doppelspurigkeiten verhindern wie auch Kosten sparen. Ein transparentes Angebot und Information kann mithelfen eine Aufgabenteilung zwischen den zuweisenden Fachärzten und Grundversorgern zu verbessern. Die Qualität des Angebots soll in Zukunft regelmässig erfasst und kontinuierlich weiter entwickelt werden.

### **Ziele des Workshops**

- Konsensfindung für eine klinikübergreifende und interprofessionelle Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Inkontinenz am USB
- Vorschläge für eine geeignete Struktur / Implementierung dieser Versorgung
- nächste Schritte und Zuständigkeiten

Wir sind zuversichtlich, dass wir im Workshop Ziele und Vorgehen voranbringen können im Sinne einer patientengerechten und umfassenden Versorgung am USB.

## Literatur

- Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., . . . Wyndaele, J. (2010). Fourth International consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol Urodyn*, 29, 213-240.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Society, S. S.-C. o. t. I. C. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49.
- Albers-Heitner, C. P., Joore, M. A., Winkens, R. A., Lagro-Janssen, A. L., Severens, J. L., & Berghmans, L. C. (2012). Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual: an economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*, 31(4), 526-534. doi: 10.1002/nau.21204
- AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2009). Harninkontinenz. *Leitlinien*. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/084-001.html>
- Borrie, M., Bawden, M., Speechley, M., & Kloseck, M. (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 166(10), 1267-1273.
- Borrie, M., & Valiquette, L. (2002). Managing adults with urinary incontinence. Clinical practice guidelines. *Can Fam Physician*, 48, 114-116.
- Cooper, G., & Watt, E. (2003). An exploration of acute care nurses' approach to assessment and management of people with urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 30(6), 305-313. doi: 10.1016/S1071
- Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006). Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: An exploratory study. *J Clin Nurs*, 15(10), 1276-1286. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01381.x
- DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2007). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- Halfens, R. J., Meesterberends, E., van Nie-Visser, N. C., Lohrmann, C., Schonherr, S., Meijers, J. M., . . . Schols, J. M. (2013). International prevalence measurement of care problems: results. *J Adv Nurs*, 69(9), e5-17. doi: 10.1111/jan.12189
- Milsom, I., Coyne, K. S., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C. I., & Wein, A. J. (2014). Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol*, 65(1), 79-95. doi: 10.1016/j.eururo.2013.08.031
- Ostaszkiwicz, J., O'Connell, B., & Millar, L. (2008). Incontinence: managed or mismanaged in hospital settings? *Int J Nurs Pract*, 14(6), 495-502. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00725.x
- Robert Koch Institut Gesundheitsbericht des Bundes, Niederstadt, C., Gaber, E., & Füsgen, I. (2007). *Harninkontinenz: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 39*. Berlin: Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt.
- Schultz, A., Dickey, G., & Skoner, M. (1997). Self-report of incontinence in acute care. *Urol Nurs*, 17(1), 23-28.
- Thuroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K. E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., . . . European Association of, U. (2011). EAU Guidelines on Urinary Incontinence. *Actas Urologicas Espanolas*, 35(7), 373-388. doi: 10.1016/j.acuro.2011.03.012
- Woodford H., & George, J. (2007). NICE guidelines on urinary incontinence in women: Letters to the Editor. *Age and Aging* 2007, 36, 349-350.
- Zisberg, A., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Admi, H., & Shadmi, E. (2011). In-Hospital Use of Continence Aids and New-Onset Urinary Incontinence in Adults Aged 70 and Older.