

Multiprofessionell agieren

Kontinenzstörungen bei Stomaträgern

Nicht das Stoma oder die Harnableitung verursacht die „Inkontinenz“ bei Stomaträgern, sondern Operationen, Nebenwirkungen aufgrund von oralen oder parenteralen Tumortheraeutika oder Opiaten oder Spätschäden anderer Grunderkrankungen können zu zusätzlichen Kontinenzstörungen führen.

Unterschiedliche Ursachen können die Funktionen der Kontinenzorgane stören: Operationsbedingte, vorübergehende oder dauerhaft auftretende Störungen bei Prostataerkrankungen oder nach Prostataoperationen sowie Schädigungen der Schließmuskelmehanismen (Trunzer, 2016). Zudem können bei 35 Prozent der Patienten nach einer Rektumresektion multifaktoriell bedingte Blasenentleerungsstörungen (Kasperek, 2015) auftreten. Aber auch während einer Therapie mit spezifischen Zytostatika kann es durch Abbauprodukte zu einer Reizung der Harnblasenschleimhaut kommen (Fink, 2017). Für Stomaträger ist diese zusätzliche Funktionsstörung der Harnblase oder eine Stuhlkontinenz sehr belastend. Pflegende benötigen in diesem Zusammenhang fundiertes Fachwissen, um die Zusammenhänge der zusätzlichen Kontinenzstörungen zu verstehen, diese mit den Betroffenen zu besprechen und Beratung anzubieten. Hier ist das multidisziplinäre Team diagnostisch gefordert, um mögliche Ursachen zu erkennen und eine mögliche Therapie interdisziplinär einzuleiten.

Die Belastung, ein Stoma zu haben und zusätzlich eine Kontinenzstörung zu erleben, kann die Selbstversorgung zusätzlich gefährden und die Lebensqualität beeinträchtigen. Bei jüngeren Betroffenen kann die Inkontinenz Veränderungen im Berufs- und Privatleben nach sich ziehen. Hinzu kommt, dass kompetente Ansprechpartner selten flächendeckend vorhanden oder dem Betroffenen nicht bekannt sind. Diese Situation mit allen ihren Facetten ist auch ein sozio-ökono-

misches Problem. Betroffene benötigen in dieser Situation daher professionelle Hilfe, Behandlung und Beratung sowie bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung (DNQP, 2014).

Stoma und Inkontinenz

Pflegende sind gefordert

Neben dem Erkennen, Besprechen der Situation mit dem Betroffenen und der gemeinsamen Einschätzung von Kontinenzstörungen werden eine frühzeitige Pflegeplanung und eine optimale Versorgung in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, stationärer Rehabilitation, Ambulanz und Nachsorge immer wichtiger, um die Behandlung/Rehabilitation über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu gewährleisten und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Diese wachsenden Anforderungen werden die Qualifizierung der Pflegenden weiter nötig machen (DNQP, 2014). Neben speziellen Weiterbildungen im Bereich der „Pflege zur Kontinenzförderung“ etablieren sich daher Beckenboden- und Kontinenzzentren sowie spezielle Physiotherapiepraxen im niedergelassenen Bereich (www.ag-ggup.de).

Für die Bearbeitung und Umsetzung der Anforderungen, Handlungsabfolgen, Zielsetzungen und das Erreichen der gewünschten Ergebnisse der Pflege bei Kontinenzstörungen können Pflegeprozesse genutzt werden. Sie beschreiben die einzelnen Schritte für die praxisorientierte und bedürfnisorientierte Pflege (Gruber, 2008):

- Erstgespräch (einschätzen der Situation und Vertrauen aufbauen)
- Pflege und Einschätzung vor Diagnostik, Überleitung zum Arzt (vermeiden, dass Hilfsmittel als Therapie gesehen werden)
- Pflege und Einschätzung nach erfolgter Diagnostik (therapiebegleitend werden Beratung und/oder auch Hilfsmittel angeboten)
- Pflegeplanung
- Pflegehandlungen
- Zusammenarbeit mit Prozessbeteiligten

- Evaluation und ggfs. Anpassen des Bedarfs

Erstgespräch

Bauen Sie Vertrauen auf

Die Anamnese als Informationssammlung ist ein fester Bestandteil des Pflegeprozesses und dient dazu, die benötigte Pflege einzuschätzen und eine pflegerische Lösung (z. B. Anleitung, Beratung und Schulung) für den Patienten zu erarbeiten (Sailer, 2010). Eine Reihe definierter, voneinander abhängiger Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritte führt zielgerichtet zur Lösung. Hier gilt es auch, vorliegende Kontinenzstörungen zu eruieren, da die Betroffenen diese nicht selten verschweigen oder bisher nicht öffentlich machen konnten (Hayder-Beichel, 2013). Oft werden Kontinenzstörungen als „Zufallsbefund“ im Gespräch mit dem Stomaträger ermittelt. Aus pflegerischer Sicht bieten sich für dieses Gespräch standardisierte Fragebögen an, um ein weitestgehend einheitliches Vorgehen zu ermöglichen. Mit der Anamnese werden nicht nur Auftreten, Symptome und Dauer der Harninkontinenz, sondern auch bisherige Bewältigungsstrategien (z. B. selbstgekaufte Produkte), Trink-, Ernährungs- und Stuhlganggewohnheiten sowie Risikofaktoren (z. B. die Einnahme von Tumortheraeutika) erfragt.

Zusätzlich zu den sehr spezifischen Pflegehandlungen sollten psychosoziale Aspekte einfließen. Zur Förderung der Selbstständigkeit des Betroffenen dienen der Pflegekraft Informationen zur Entstehung und zu den Einflussfaktoren auf die Kontinenzstörung, um mögliche prophylaktische Maßnahmen einleiten zu können. Auch Hinweise, dass nicht nur das persönliche Verhalten, sondern auch das Umfeld (Lage und Ausstattung der Toilettenräume im häuslichen Umfeld) oder gesellschaftliche Strukturen Einfluss auf die Kontinenzstörung haben, können zur besseren Krankheitsbewältigung beitragen (Hayder-Beichel, 2013). Dazu gehört auch das persönliche subjektive Belastungserleben – Teilhabe am gesell-

¹ Gabriele Gruber
München

schaftlichen Leben, Angst, Scham, Partnerschaft und Sexualität – zu erfragen und zu berücksichtigen (DNQP, 2014). Um Ressourcen der Betroffenen zu mobilisieren oder neue Anforderungen zu bewältigen, ist es sinnvoll, die Informationen durch Beratungen oder auch Schulungen zu ergänzen und auf Wunsch des Betroffenen Angehörige einzubeziehen (Sailer, 2010).

Einschätzung der Kontinenzstörung vor der medizinischen Diagnostik

Zuerst wird immer geklärt, ob bereits eine medizinische Diagnostik der Kontinenzstörung erfolgte, um die entsprechenden pflegerischen Maßnahmen zu planen. Falls die medizinische Diagnostik nicht zeitnah durchgeführt werden konnte oder kann, ist diese mit dem Arzt einzuleiten. Interventionen, wie ein Hilfsmiteleinsetz mit saugenden Inkontinenzprodukten, können begonnen werden. Dieser ist jedoch nach vorliegender Diagnostik und den möglichen Therapieoptionen noch einmal anzupassen. Die Rehabilitation des Betroffenen mit Kontinenzstörungen erfordert ein interdisziplinäres Zusammenspiel im Krankenhaus, mit und in der Rehabilitationseinrichtung und im ambulanten Bereich, die sich in ihren verschiedenen fachspezifischen Bereichen und Anforderungen ergänzen sollten.

Wichtig:

Eine endgültige Hilfsmittelauswahl ohne vorhergehende Diagnostik ist eine rein „symptomatische“ Pflege.

Pflege und Einschätzung nach erfolgter Diagnostik

Nach erfolgter Diagnostik werden mit dem Betroffenen Therapien und pflegerische Maßnahmen – Auswahl, Beratung, Anleitung, Schulung der vorläufigen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Inkontinenz-Hilfsmitteln – besprochen. Dazu zählen:

- **Auswertung des Miktionsprotokolls:** Über drei bis fünf Tage geführt, kann das Miktionsprotokoll zur Selbst- oder Fremdeinschätzung eingesetzt werden. Besprochen werden die daraus resultierenden pflegerischen Interventionen (z. B. Anpassung der Trinkmenge, um bei einer Zystitis unter onkologischer Therapie die Harnwege zu „spülen“, um das Ausscheiden der Erreger oder toxischen Metaboliten anzuregen (Fink, 2017)). In der Beratung wird auf die Zusammenhänge hingewiesen und werden die möglichen Einflüsse erklärt (z. B. dass die Blasenschleimhaut zusätzlich gereizt wird, wenn der Harn durch zu wenig Trinken konzentriert ist).
- **Restharnmessung:** Sie dient der Identifikation einer unvollständigen Blasenentleerung bzw. Restharnbildung. Dies ist wichtig, da Restharn zu Infektionen oder Nierenschädigungen führen kann. Er sollte daher sonographisch oder (wenn nicht anders möglich) per Einmalkatheterisierung erfolgen, erfasst und abgeklärt werden.
- Ein „**Vorlagentest**“ wird eingesetzt zur Quantifizierung der verlorenen Harnmenge, zur Identifikation der Inkontinenzschwere bzw. des benötigten Hilfsmittels (DNQP, 2014).
- **Hautinspektion und ggf. Hautpflege:** Tumortherapeutika haben durch ihre Wirkmechanismen auch Auswirkungen auf die Haut (Gruber, 2014). Sie beeinflussen die physiologische Schutzfunktion der Haut. Durch häufige oder „falsche“ Reinigung mit nicht adäquaten Pflegemitteln

während des Vorlagenwechsels, kann ein Hautschaden im Genital- und Analbereich auftreten. Eine ausgeprägte mechanische Belastung (z. B. starkes Rubbeln, Reiben) ist eine zusätzliche Gefahr für die Haut.

- **Ernährungsberatung:** Scharfe oder säurehaltige Lebensmittel oder Gewürze können die Haut ebenfalls reizen.
- **Jede Hautreizung abklären:** Prüfung, ob ein irritativ-toxisches, allergisches Ekzem oder eine Infektion, Candida oder eine IAD (inkontinenz-assoziierte Dermatitis) vorliegt (Junkic-Puntigam, et al., 2010).
- **Ermittlung der häuslichen Bedürfnisse:** Der Weg oder die Hindernisse zur Toilette bzw. des Toilettenganges zuhause oder unterwegs (z. B. im Berufsleben) unter Berücksichtigung des psycho-sozialen Umfeldes
- **Einbeziehung der Angehörigen:** Nur bei Bedarf oder auf Wunsch des Betroffenen.

Dieses Vorgehen ermöglicht ein zielgerichtetes Vorgehen unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und Fähigkeiten des Betroffenen und seines Umfeldes. Die Interventionen / Maßnahmen können regelmäßig beurteilt und mögliche Wechselwirkungen frühzeitig erkannt werden. Für die Pflegeplanung gilt: Bei Abweichungen des Ergebnisses oder des gesteckten Ziels müssen der Pflegeprozess und die Interventionen überprüft und gegebenenfalls mit dem Betroffenen definiert oder angepasst werden. Ziel ist eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Umsetzung des mit dem Betroffenen besprochenen Maßnahmenplans.

Pflegehandlungen

Die Pflegefachkraft sollte alle relevanten Therapien, vorhandenen Materialien und Interventionsmöglichkeiten kennen (DNQP, 2014). Dies ermöglicht ihr, über momentane Versorgungsmöglichkeiten hinaus Auskunft zu geben, um patientenorientierte Lösungen anzubieten. Fundiertes Wissen über Therapieoptionen, begleitende Fachpflege und den Hilfsmittelgebrauch trägt zum geforderten ökonomischen Handeln in der Pflege bei. Zudem können Maßnahmen wie Hautpflege und Aufklärung zum Schutz der Haut, Toiletentraining, Beckenbodentraining, intermittierender Katheterismus und die Ausstattung mit saugenden oder ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln zur Kompensation der Kontinenzstörung für

den Betroffenen in Frage kommen (DNQP, 2014). Patienten müssen in der Klinik, in der Ambulanz und in der Häuslichkeit beraten und angeleitet werden. Zur Verfügung stehen beispielsweise:

- Ableitende Hilfsmittel (z. B. Katheter zum intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK))
- Funktionell anatomische Hilfsmittel (z. B. Ring-, Würfel-, Schalenpessare; Vaginaltampons können Senkungsbeschwerden positiv beeinflussen und unfreiwilligen Harnabgängen vorbeugen. Sie müssen immer individuell vom Facharzt angepasst und je nach Herstellerangaben gewechselt werden)
- Aufsaugende Hilfsmittel: Unter Berücksichtigung der Bewegung/Aktivität der Betroffenen und Wechselmöglichkeiten (offene Systeme mit Fixierstreifen, kombiniert mit gut sitzenden angepassten Fixierhosen oder Inkontinenzhosen als „geschlossene“ Systeme), Auswahl der Tag- und Nachtversorgung mit Empfehlung des geeigneten Wechselintervalls. Individuell werden Größe (Passgenauigkeit), Saugstärke (Aufnahmevermögen/Rücknässeschutz) und Ausstattung (Qualität) ermittelt (DNQP, 2014) Wichtig: Sogenannte „Pants“ dürfen nicht als Fixierhosen benutzt, also keine zusätzlichen Vorlagen eingelegt werden, da häufig auch das Saugkissen der Pants mit Ausscheidung benetzt ist. Der Versorgungswechsel beinhaltet dann beide Artikel. Diese Versorgungsform ist zudem nicht wirtschaftlich – die Kosten werden von der Krankenkasse auch nicht übernommen.
- Mobile Toilettenhilfen (z. B. Urinschiffchen für Frauen, auslaufsichere Urinflaschen für Männer und Frauen, Toilettenstuhlerhöhung, Toilettenstühle oder faltbare Urinflaschen für Männer)

Neben der Beratung ist eine gute Anleitung in der Handhabung für die Patienten notwendig.

Wichtig:

Zusätzlich beeinflussen die Veränderungen im Gesundheitswesen, wie verkürzte Liegezeiten in Akutkliniken und damit verbundene Reduzierung die Möglichkeit, Kontinenzstörungen aufzudecken; dies erschwert die optimale kontinuierliche Beratung (Gruber, 2008). In den vergangenen Jahren zeigten sich erschwerend negative Einflüsse in der Versorgungsqualität. Von den Pflegenden wurde vermehrt eine nicht ausreichend qualitative Versorgung mit

Hilfsmitteln bemängelt. Bewusst muss uns jedoch sein, dass unter dem Kostendruck im Erstattungswesen Hilfsmittel nur dann ihren Wert und ihre Bedeutung für den Rehabilitationsprozess einnehmen können, wenn sie qualitativ hochwertig, erstattungsfähig und individuell für den Betroffenen verfügbar sind. Dies trägt dazu bei, Einschränkungen in der Pflege und der Versorgungsqualität entgegenzuwirken. Aktuelle Informationen zu „mehr Qualität, mehr Transparenz: Vorschläge für eine bessere Hilfsmittelversorgung“ finden sich im Positionspapier des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung (Laumann, K-J., 2016).

Da die derzeitige Versorgungssituation, bedingt durch Ausschreibungen einiger Krankenkassen der Inkontinenzversorgung in Deutschland, nicht immer qualitativ und quantitativ ausreichend ist, sollten die Patienten vermehrt darauf hingewiesen werden, wer ihr direkter Ansprechpartner bei der Krankenkasse ist, um bei auftretenden Fragen und Problemen einen direkten Ansprechpartner zu haben. Anleitung, Schulung und Beratung im Gebrauch der Hilfsmittel wird von Pflegeexperten und Physiotherapeuten durchgeführt. Um den individuell notwendigen Bedarf an Versorgungsartikeln/Hilfsmitteln nach der Entlassung oder im kontinuierlichen Verlauf abzudecken, müssen die im multidisziplinären Team beteiligten Ärzte und Pflegefachkräfte nicht nur die nötigen Produkte kennen, sondern auch über die gültigen Erstattungsmodalitäten informiert sein (DNQP, 2014), um Produktverordnungen möglichst ohne wirtschaftliche Aufzählung zu ermöglichen (Laumann, 2016). Hierbei ist dem Patienten auch mitzuteilen, wenn bekannt ist, dass seine Krankenkasse die Hilfsmittel für die Inkontinenzversorgung an einen Leistungserbringer und unter pauschalierter Erstattung vertraglich gebunden hat. Falls der Betroffene darüber hinaus Produkte oder Leistungen wünscht, die nicht im Leistungskatalog seiner Krankenkassen vorgesehen sind, wird er informiert, dass er für diese eine wirtschaftliche Zuzahlung leisten müsste.

Zusammenarbeit mit Prozessbeteiligten

Von Beginn an, d. h. von der Einschätzung der Kontinenzstörungen bis hin zur Diagnostik und Therapieplanung, arbeiten Teammitglieder des multiprofessionellen Teams eng zusammen, um die Kontinenz zu stabilisieren, zur Kompensation der Kontinenzstörungen

beizutragen oder weitere Beeinträchtigungen des Betroffenen zu vermeiden. Ziel sollte sein, möglichst standardisiert vorzugehen, um einen hohen Akzeptanzgrad bei allen Beteiligten zu erreichen. Die Pflegefachkräfte, wie Pflegeexperten SKW und auf die Kontinenzförderung spezialisierte Pflegefachkräfte, können aufgrund ihrer Nähe zum Betroffenen eine Koordinationsfunktion im Prozess einnehmen. Die fortlaufende Dokumentation und Überprüfung der Maßnahmen trägt dazu bei,

- eine auf die Bedürfnisse des Betroffenen angepasste professionelle, systematische, aktualisierte Pflege nachzuweisen
- die Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege übersichtlich, konkret und vollständig im Verlauf darzustellen
- die Kommunikation auch an Schnittstellen zu ermöglichen
- die pflegerische Dienstleistung intern und extern darzustellen
- Informationen für das Personal- oder Verwaltungscontrolling bereitzustellen und
- die pflegerische Leistung auch im Rechtsfall nachzuweisen.

Zusammenfassung

Inkontinenz ist in den vergangenen Jahren aus dem Tabubereich herausgetreten. In der Öffentlichkeit wird heute offen über Inkontinenz, deren Diagnostik, Therapie und Versorgung gesprochen (Dt. Kont.Ges., 2016). Diese Entwicklungen und die Erstattungsfähigkeit der die Therapie ergänzenden Hilfsmittel bedeuten für viele Betroffene einen großen Schritt in die selbstbestimmte Eigenständigkeit, einen besseren Umgang mit der Kontinenzstörung und somit eine Steigerung der Lebensqualität. „Netzwerke vor Ort“ sind für viele Betroffene und Betreuende eine Anlauf- oder Koordinationsstelle, um Informationen und kompetente Ansprechpartner für die Behandlung bei Kontinenzstörungen und zur Selbsthilfe zu erhalten. Eine Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team ist auch für Patienten mit onkologischer Therapie unentbehrlich, um sie von Anfang an bei Kontinenzstörungen zu beraten und zu unterstützen, Beeinträchtigungen abzubauen oder einer Verschlechterung der Situation vorzubeugen.

Schlüsselwörter: Stoma, Inkontinenz, Kontinenzstörungen, Pflegeprozess, Hilfsmittel

Erfolgreiches prozessorientiertes Arbeiten erfordert, Zuständigkeiten der Berufsgruppen, deren Aufgabenfelder sowie Assessment-Instrumente zu definieren und transparent zu machen. Prozess- und bedarfsorientiert zu arbeiten, bedeutet besonders bei Verlegungen innerhalb einer Einrichtung sowie beim Übergang vom stationären in den post-

stationären Bereich, mögliche Versorgungseinbrüche zu vermeiden und unnötige Belastung der Betroffenen oder deren Angehörigen zu vermeiden (DNQP, 2009). Dieses Vorgehen kann dem sogenannten Drehtüreffekt, d. h. erneute Einweisung oder wieder beginnende Diagnostik und Behandlung entgegen wirken.

Diese in Deutschland geregelte Überleitung (DNQP, 2009), wie auch seit 2015 als Entlassmanagement in §39 Abs. 1a SGB V gefordert, ist wichtig, da sich in den vergangenen 20 Jahren die Versorgungsstrukturen auch in der Onkologie geändert haben. Fast 90 Prozent der Tumorbehandlungen werden ambulant (onkologische Praxen) oder in Tageskliniken (z. B. MVZ) durchgeführt (Dengler 2016) und die Betroffenen von onkologischen Fachpflegekräften betreut. Stationäre Aufenthalte sind bei hochdosierten Therapien bzw. bei älteren Patienten vorgesehen, wenn keine adäquate häusliche Versorgung möglich ist.

Seit 2016 gibt die S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“, Informationen zu Nebenwirkungen und deren Therapien während einer

Krebsbehandlung (AWMF, 2016). Besonders das Kapitel zur therapieinduzierten Diarrhoe gibt wichtige Informationen zu Risikofaktoren, Symptomen, deren Prophylaxe, Ernährungsempfehlungen und therapeutischen Schemata (Algorithmus) besonders für die Betreuung von Stomaträgern im onkologischen Setting.

Im fragmentierten Bereich des Gesundheitswesens sind interdisziplinäre sowie multiprofessionelle Ansätze und nach der Entlassung auch einrichtungs- bzw. sektorenübergreifende Versorgungsmöglichkeiten anzubieten. Nur so kann das bedarfsorientierte Netzwerk einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Kontinenzstörungen ermöglichen (Gruber, 2017).

Wirkung der Pflegehandlung (Evaluation)

Um die Wirkung zu bewerten, werden die Pflegemaßnahmen nach vereinbarten Zeiträumen gemeinsam mit dem Betroffenen besprochen und beurteilt. Bestehende oder neu aufgetretene Defizite oder Ursachen können erkannt werden, und Korrekturen vorgenommen werden. Unter Einbeziehung des Betroffenen wird die Zielsetzung angepasst oder gegebenenfalls neu formuliert. ■

Literatur bei der Verfasserin

Dieser Beitrag wurde in der Pflegezeitschrift 2017, Jg. 70, Heft 9 erstveröffentlicht. Modifizierte Zweitveröffentlichung mit freundlicher Genehmigung der Autorin.

Buchempfehlung



Ganzheitliche Pflege bei Patientinnen mit Stoma

Gabriele Gruber (Hrsg.)

Praxis und Beratung – ambulant und stationär

Springer, Berlin 2017
eBook ISBN 978-3-662-48429-6, Preis: 34,99 €
Softcover ISBN 978-3-662-48428-9, Preis: 46,26 €



Quelle: AWMF (2016) S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen http://www.s3supportiv.de/content/documents/032-054OLI_S3_Supportiv_2016-12.pdf [Zugriff: 12.06.2017]

Korrespondenz:

Gabriele Gruber, MSc
Akademische Kontinenz- und Stomaberaterin
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde
Fachreferentin und Fachautorin
E-Mail: kontakt@gabriele-gruber.de