

Revised
2011
Supplement
Enclosed

Revidiert März 2005

Best-Practice-Leitlinie für die Pflege
Shaping the future of Nursing

Kontinenzförderung durch ***Aufforderung zur Blasenentleerung*** ***(prompted voiding)***



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM



Grußwort von Doris Grinspun
Geschäftsführerin
Registered Nurses' Association of Ontario

Mit großer Freude veröffentlicht die Registered Nurses' Association of Ontario für Sie diese überarbeitete Best-Practice-Leitlinie für die Pflege. Die evidenzbasierte Praxis unterstützt die bestmögliche Versorgung, der sich die Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit verschrieben haben. Die RNAO fühlt sich verpflichtet sicherzustellen, dass die Evidenz, die die Leitlinienempfehlungen unterstützt, die bestmögliche verfügbare ist, daher wurde diese Leitlinie unlängst überprüft und überarbeitet, um den aktuellen Stand des Wissens widerzuspiegeln.

Wir sind den vielen Institutionen und Personen unendlich dankbar, die die Vision der RNAO der Best-Practice-Leitlinie für die Pflege Realität werden lassen. Die Regierung von Ontario würdigt die Fähigkeit der RNAO, dieses Programm zu leiten und finanziert dieses über mehrere Jahre. Die Direktorin der Best-Practice-Leitlinien für die Pflege, Tazim Virani, führt dieses Programm mit wilder Entschlossenheit und Sachverstand zügiger und stärker als jemals gedacht. Die Gemeinschaft der Pflegenden stellt mit Engagement und Leidenschaft für die bestmögliche Versorgung der Pflege das Wissen und ungezählte Stunden Arbeit zur Verfügung, die essentiell für die Erarbeitung, Evaluierung und Überarbeitung jeder Leitlinie sind. Verschiedene Arbeitgeber haben enthusiastisch reagiert, indem sie Best-Practice-Champions vorgeschlagen haben, die die Best-Practice-Leitlinien für die Pflege umsetzen und evaluieren und somit auf eine Kultur der evidenzbasierten Praxis hinarbeiten.

Nun kommt es zum ultimativen Test für diese außergewöhnliche Arbeit: Werden die Pflegenden die Leitlinien auch in ihrer täglichen Arbeit nutzen?

Die erfolgreiche Aufnahme dieser Best-Practice-Leitlinien für die Pflege erfordern ein abgestimmtes Vorgehen von vier Gruppen: den Pflegenden selbst, ihren Kollegen aus dem Gesundheitswesen, Pflegepädagogen sowie der Arbeitgeber. Nachdem diese Leitlinien in ihren Köpfen verankert sind, benötigen sachkundige und erfahrene Pflegenden und Pflegeschüler eine gesunde und unterstützende Arbeitsumgebung, um diese Leitlinien mit Leben zu füllen.

Wir möchten Sie bitten, diese Best-Practice-Leitlinie und andere an die Mitglieder des interdisziplinären Teams weiterzureichen. Es gibt viel von einander zu lernen. Zusammen können wir sicherstellen, dass die Bürger Ontarios die bestmögliche Pflege erhalten, wenn sie Kontakt mit unserer Arbeit haben. Lassen Sie uns die Bürger die wahren Gewinner dieser wichtigen Aufgabe werden!

Die RNAO wird weiterhin hart daran arbeiten, aktuelle Evidenz für alle zukünftigen Leitlinien zu entwickeln, zu evaluieren und sicherzustellen. Wir wünschen Ihnen das Beste für eine erfolgreiche Implementierung!

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD(cand), OOnt



Geschäftsführerin
Registered Nurses' Association of Ontario

Grußwort von Dr. Pia Wieteck und Dr. Monika Linhart

Forschung und Entwicklung, RECOM



RECOM freut sich, die Best-Practice-Leitlinien für die Pflege *Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung* vorstellen zu können, die von der Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) erstellt wurde, und ins Deutsche für die Verwendung durch deutschsprachige Fachkräfte im Gesundheitswesen übersetzt wurde.

RECOM unterstützt die Initiative, die Pflegepraxis durch Wissen zu verändern. Im eigentlich Sinne verstehen wir, dass eine evidenzbasierte Praxis zur bestmöglichen Versorgung führt, der sich die Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit verschrieben haben. Wir wollen gemeinsam mit der RNAO dafür sorgen, dass die Evidenz, welche die Qualität der Praxis unterstützt, die am besten verfügbare ist, und begrüßen diese Richtlinie als ein wissenschaftlich exakt entwickeltes Werkzeug für die Anleitung der Praxis.

Wir sind den vielen Institutionen und Personen auf der ganzen Welt dankbar, die als Partner der RNAO die evidenzbasierte Praxis Tag für Tag und für jede Pflegefachkraft und jeden Gesundheitsdienstleister eine Realität werden lassen. Diese Richtlinie enthält evidenzbasierte Informationen, die die Praxis, Aus- und Fortbildung und Direktivenentwicklung lenken und bei der Evaluation helfen werden.

Wir werden die effektive Implementierung dieser Best-Practice-Leitlinie unterstützen, indem wir mit Pflegefachkräften und Pflegeschülern und -studenten, Kollegen aus dem Gesundheitswesen, Pflegepädagogen an Pflegeschulen, Hochschulen und der Fortbildung, sowie den Arbeitgeber zusammenarbeiten. Wir bitten um Ihre Unterstützung bei der Förderung der evidenzbasierten Praxis und den in dieser Best-Practice-Leitlinie empfohlenen Interventionen. Eine konzertierte Anstrengung von uns allen wird sich auf die Profession Pflege, das Gesundheitssystem und insbesondere auf diejenigen auswirken, die unsere Pflege empfangen und unmittelbar als Ergebnis profitieren werden.

RECOM und die Registered Nurses' Association of Ontario danken Ihnen im Voraus für Ihre Zusammenarbeit und möchten Sie gleichzeitig weiterhin zur Beteiligung an der evidenzbasierten klinischen Praxis für unsere Patienten ermutigen.

Dr. Pia Wieteck und Dr. Monika Linhart
RECOM
Mai 2015



Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

Team des Programms:

Tazim Virani, RN, MScN, PhD (cand.)
Programm-Direktorin

Josephine Santos, RN, MN
Programm-Koordinatorin

Stephanie Lappan-Gracon, RN, MN
Programm-Koordinatorin - Best-Practice-Champions-Netzwerk

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Programm-Managerin

Jane M. Schouten, RN, BScN, MBA
Programm-Koordinatorin

Bonnie Russell, BJ
Programm-Assistentin

Carrie Scott
Verwaltungssssistentin

Julie Burris
Verwaltungssssistentin

Keith Powell, BA, AIT
Web-Editor

Registered Nurses' Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Program
111 Richmond Street West, Suite 1100
Toronto, Ontario M5H 2G4
Website: www.rnao.org/bestpractices

Mitglieder des Überarbeitungsgremiums (2005)

Jennifer Skelly, RN, PhD

Team Leader

Associate Professor

School of Nursing

McMaster University

Director, Continence Program

St. Joseph's Healthcare

Hamilton, Ontario

Jean Benton, RN(EC), BScN, PHCNP, CGN(C), NCA

Primary Health Care Nurse Practitioner

County of Renfrew Municipal Homes for the Aged

Bonnechere Manor (Renfrew) and Miramichi

Lodge (Pembroke), Ontario

Barbara Cassel, RN, MN, GNC(C)

Advanced Practice Nurse

West Park Healthcare Centre

Toronto, Ontario

Linda Gray, RN

Staff Nurse

Specialty Care Woodhall Park

Brampton, Ontario

Stephanie Lappan-Gracon, RN, MN

Facilitator, Program Coordinator

Best-Practice-Leitlinien für die Pflege

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, Ontario

Cathy Lyle, RN, MSc, GNC(C)

Clinical Nurse Specialist

Providence Continuing Care Centre

St. Mary's of the Lake Hospital Site

Kingston, Ontario

Christina Madigan, RN

Clinical Resource Nurse

Sisters of Charity of Ottawa Health Services –

Saint Vincent Hospital Site

Complex Continuing Care Program

Ottawa, Ontario

Melissa Northwood, RN, MSc, GNC(C), NCA

Clinical Educator

St. Peter's Hospital

Hamilton, Ontario

Jenny Ploeg, RN, PhD

Associate Professor

School of Nursing

Faculty of Health Sciences

McMaster University

Hamilton, Ontario

Laura Robbs, RN, BScN, ET, NCA, MN(cand)

Nurse Continence Advisor

Trillium Health Centre – Queensway Site

Etobicoke, Ontario

Kathleen Romano, RN, NCA

Nurse Continence Advisor

Adult and Pediatric Urology and

Incontinence Treatment Centre

Thunder Bay, Ontario

Anita Saltmarche, RN, MHSc

President – Health Care Associates

Toronto, Ontario

Josephine Santos, RN, MN

Facilitator, Program Coordinator

Best-Practice-Leitlinien für die Pflege

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, Ontario

Interessen- sowie Vertraulichkeitserklärungen wurden von allen Mitgliedern des Überarbeitungsgremiums unterzeichnet. Weitere Details stellt die Registered Nurses' Association of Ontario zur Verfügung.

Shirley Whitfield, RN, BScN, NCA

Nurse Consultant, Geriatrics

Geriatric Assessment Program

Windsor Regional Hospital – Western Campus

Windsor, Ontario

The RNAO also wishes to acknowledge

Dawn Kingston, RN, BSc, MSc *for her work as*

a Research Assistant in conducting the quality

appraisal of the literature and preparation of

evidence tables for the revision of this guideline.

Beitragende zur ersten Fassung

Mitglieder des Entwicklungsgremiums (2000)

Jennifer Skelly, RN, PhD

Team Leader

Associate Professor

School of Nursing

McMaster University

Hamilton, Ontario

Shirley Whitfield, RN, BScN, NCA

Nurse Consultant

Nurse Continence Advisor

Windsor Regional Hospital

Windsor, Ontario

Jean Benton, RN(EC), BScN, CGN(C), NCA

Primary Health Care Nurse Practitioner

County of Renfrew

Bonnechere Manor (Renfrew) and

Miramichi Lodge (Pembroke), Ontario

Kathleen Romano, RN, NCA

Nurse Continence Advisor/

Clinical Resource Nurse

Saint Elizabeth Health Care

Thunder Bay, Ontario

Sue O'Hara, RN, MScN

Nurse Practitioner/Clinical Nurse Specialist

St. Joseph's Health Care, Parkwood Hospital

London, Ontario

Jenny Ploeg, RN, PhD

Assistant Professor, Researcher

McMaster University

Hamilton, Ontario

Anita Saltmarche, RN, MHSc

President, Health Care Associates

Toronto, Ontario

Clinical Associate

Faculty of Nursing

University of Toronto

Toronto, Ontario

Linda Gray, RN

Vera M. Davis Community Care Centre

Bolton, Ontario

Danksagung

Die Registered Nurses' Association of Ontario möchte sich bei den folgenden Personen und/oder Gruppen für ihren Beitrag in der Überarbeitung dieser Best-Practice-Leitlinie für die Pflege, sowie für die wertvollen Rückmeldungen während der ersten Entwicklungsphase dieses Dokuments (2000-2002) bedanken:

Kim Belluz	Staff Nurse, Nurse Continence Advisor, Saint Elizabeth Health Care, Thunder Bay, Ontario
Marg Brunetti	Nutritionist, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
Tish Butson	Clinical Nurse Specialist, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Merrill Carmichael	Consumer Reviewer
Catherine Duncan	Director of Care, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Mary Edwards	Director, Seniors Health, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Pat Ford	Clinical Nurse Specialist, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Nenita Gepraegs	Staff Nurse, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Barb Gray	Nurse Manager, Victorian Order of Nurses, Niagara Branch, Niagara Falls, Ontario
Helen Johnson	Physiotherapist, Geriatric Assessment Program, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
Penny Keel	Consumer Reviewer
Linda Keery	Clinical Nurse Specialist, Nurse Continence Advisor, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Dr. Niedoba	Medical Director, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Janis North	Executive Director, Victorian Order of Nurses, Hamilton, Ontario
Melissa Northwood	Staff Nurse, Nurse Continence Advisor, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Donna Pickles	Staff Nurse, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Susan Pilatzke	Nurse Manager, Saint Elizabeth Health Care, Thunder Bay, Ontario
Ida Porteous	Nurse Manager, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Meg Reich	Program Manager, Windsor Regional Hospital, Geriatric Assessment Program, Windsor, Ontario
Dr. P. Soong	Family Physician, Windsor Regional Hospital, Geriatric Assessment Program, Windsor, Ontario
Dr. S. Pierre Soucie	Chief, Medical Staff, Sisters of Charity of Ottawa Health Services, Ottawa, Ontario
Barb Swail	Staff Nurse, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Joe Taylor	Staff Nurse, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
Kathy Topping	Staff Nurse, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario

Die RNAO möchte sich zudem bei den folgenden Institutionen in London, Ontario, für ihre Rolle in der Pilotprüfung der ursprünglichen Leitlinie bedanken:

Chateau Gardens Queens

Chelsea Park Retirement Community

Extendicare, London

London Health Sciences Centre

St. Joseph's Health Care, Parkwood Hospital

Die RNAO erkennt aufrichtig die Führung und Hingabe der Pflegewissenschaftler an, die die Evaluationsphase dieser Best-Practice-Leitlinie für die Pflege im Jahr 2000 geleitet haben.

Principal Investigators: [Dr. Nancy Edwards](#), [Dr. Barbara Davies](#) – University of Ottawa

Evaluation Team Co-Investigators: [Dr. Maureen Dobbins](#), [Dr. Jenny Ploeg](#), [Dr. Jennifer Skelly](#) – McMaster University

[Dr. Patricia Griffin](#) – University of Ottawa

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

Haftungsausschluss

Diese Best-Practice-Leitlinien beziehen sich nur auf die Pflegepraxis und sollen nicht hinsichtlich finanzieller Auswirkungen berücksichtigt werden. Diese Leitlinien sind für Pflegende nicht verpflichtend und ihre Anwendung sollte sich flexibel dem Klienten/der Familie und örtlichen Gegebenheiten anpassen. Sie gelten weder als Haftung noch als Entlastung von der Haftung. Obwohl jede Anstrengung unternommen wurde, die Richtigkeit der Inhalte zum Zeitpunkt der Veröffentlichung sicherzustellen, geben weder die Autoren noch die Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) eine Garantie hinsichtlich der Richtigkeit der enthaltenen Informationen noch übernehmen Sie eine Haftung in Bezug auf Verlust, Schaden, Verletzung oder Ausgaben aufgrund solcher Fehler oder Auslassungen in den Inhalten dieser Leitlinie. Jeder Bezug zu beispielhaften spezifischen pharmazeutischen Produkten stellt keine Unterstützung für eines dieser Produkte dar.

Copyright

Zuerst veröffentlicht im Januar 2002 durch die Registered Nurses' Association of Ontario. Dieses Dokument wurde im März 2005 überarbeitet.

Mit der Ausnahme derjenigen Teile dieses Dokuments, für die ein spezielles Verbot oder eine Beschränkung gegen das Kopieren besteht, dürfen die anderen Teile dieses Dokuments in jeglicher Form, auch elektronischer Form, für nicht kommerzielle oder für Ausbildungszwecke produziert, vervielfältigt und veröffentlicht werden, ohne die vorherige Genehmigung der Registered Nurses' Association of Ontario einzuholen, vorausgesetzt, dass die Nennung der Quelle oder die Zitierung korrekt im Werk erfolgt als:

Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung (*Promoting Continence Using Prompted Voiding*). (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Wie Sie diese Leitlinie richtig nutzen

Diese Best-Practice-Leitlinie für die Pflege ist ein umfassendes Dokument, das notwendige Ressourcen für die Unterstützung der evidenzbasierten Pflegepraxis zur Verfügung stellt. Dieses Dokument sollte nur basierend auf den speziellen Anforderungen der Institution oder des praktischen Bereichs/Umfelds sowie den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten überprüft und angewendet werden. Leitlinien sollten nicht wie ein "Kochbuch" verwendet werden, sondern vielmehr als ein Werkzeug, das in der Entscheidungsfindung für eine individualisierte Klientenversorgung unterstützt, und sicherstellt, dass die richtigen Strukturen und Unterstützungsleistungen vorhanden sind, um die bestmögliche Pflege zu bieten.

Pflegefachpersonen, andere professionelle Gesundheitsdienstleister und Pflegedienstleitungen, die die Veränderungen in der Praxis umsetzen, werden dieses Dokument als eine wertvolle Hilfe ansehen, um Direktiven für Arbeitsabläufe und -verfahren, Protokolle, Fortbildungsprogramme, Assessmentinstrumente und Dokumentationswerkzeuge zu entwickeln. Es wird empfohlen, dass die Best-Practice-Leitlinien für die Praxis als ein Hilfswerkzeug verwendet werden. Die Pflegenden, die die Versorgung des Klienten durchführen, werden von den Empfehlungen, den Nachweisen zur Unterstützung der Empfehlungen sowie dem Prozess profitieren, der für die Entwicklung der Leitlinien angewendet wurde. Es wird jedoch dringend empfohlen, dass in den praktischen Bereichen/Umgebungen die Leitlinien in Formaten umgesetzt werden, die für die tägliche Nutzung anwenderfreundlich sind. Diese Leitlinie schlägt einige Formate für solch eine Adaption an örtliche Bedingungen vor.

Institutionen, die die Leitlinie nutzen möchten, können dieses in einer Vielzahl von Möglichkeiten tun:

- um die gegenwärtige Pflege- und Gesundheitspraxis auf Grundlage der Empfehlungen dieser Leitlinie zu bewerten,
- um die Empfehlungen herauszufinden, die für den identifizierten Bedarf oder Lücken in der Versorgung geeignet sind,
- um systematisch einen Plan zu entwickeln, die Empfehlungen mithilfe der dazugehörigen Werkzeugen und Ressourcen umzusetzen.

Die RNAO ist daran interessiert zu erfahren, wie Sie diese Leitlinie umgesetzt haben. Bitte kontaktieren Sie uns, um uns Ihre Erfahrungen mitzuteilen. Ressourcen für die Umsetzung werden auf der Website der RNAO unter www.rnao.org/bestpractices zur Verfügung gestellt, um Personen und Institutionen zu unterstützen, die Best-Practice-Leitlinien umzusetzen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der Empfehlungen	11
Interpretation der Evidenz.....	13
Verantwortung für die Entwicklung der Leitlinie.....	13
Aufgabenstellung und Anwendungsbereich	14
Ursprünglicher Entwicklungsprozess der Leitlinie – 2000	14
Überarbeitungsprozess – 2005.....	15
Begriffsdefinition.....	16
Hintergrund.....	19
Empfehlungen für die Praxis	19
Beschreibung der Intervention ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘	24
Fortbildungsempfehlungen	26
Institutions- und Richtlinienempfehlungen.....	27
Forschungslücken und zukünftige Implikationen	29
Evaluation und Monitoring der Leitlinie	30
Implementierungsstrategien.....	32
Aktualisierungsprozess/Überprüfung der Leitlinie.....	34
Literatur	35
Bibliographie.....	37
Anhang A: Suchstrategien für vorhandene Evidenz	39
Anhang B: Kontinenzförderung mittels der schematischen Darstellung der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’	42
Anhang C: Personen, die wahrscheinlich von der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ profitieren werden.....	43
Anlage D: Ausscheidungsprotokoll	46
Anhang E: Liste von Ressourcen und Websites	47
Anhang F: Beschreibung des Toolkit.....	48

Zusammenfassung der Empfehlungen

	Empfehlung	* Evidenzgrad
Praxis-empfehlungen	1.0 Besorgen Sie sich die Vorgeschichte der Inkontinenz des Kunden.	IV
	2.0 Sammeln Sie Informationen über ■ die Menge, Art und Zeit der täglichen Flüssigkeitszufuhr, beachten Sie besonders die Zufuhrmenge an Koffein und Alkohol. ■ die Häufigkeit, Art und Konsistenz des Stuhlgangs. ■ jede relevante medizinische oder chirurgische Vorgeschichte, die vielleicht in Zusammenhang mit dem Inkontinenzproblem stehen kann, wie z. B., aber nicht beschränkt auf Diabetes, Schlaganfall, Parkinson-Krankheit, Herzinsuffizienz, rezidivierende Harnwegsinfektionen oder frühere Blasenoperationen.	IV
	3.0 Überprüfen Sie die Medikation des Klienten, um herauszufinden, welche vielleicht eine Auswirkung auf die Inkontinenz haben könnte.	IV
	4.0 Bestimmen Sie die funktionalen und kognitiven Fähigkeiten des Klienten.	III
	5.0 Identifizieren Sie die einstellungs- und umgebungsbezogenen Hindernisse für einen erfolgreichen Toilettengang. Hindernisse sind: ■ Nähe und Verfügbarkeit des nächsten Badezimmers; ■ Erreichbarkeit des Nachtstuhls; ■ Ausreichende Lichtverhältnisse; ■ Verwendung von Fixierungen; ■ Erwartung der Pflegekräfte, dass Inkontinenz eine unvermeidliche Folge des Alterns ist; und ■ Annahme der Pflegekräfte, dass es nur wenige Interventionen für die Förderung der Kontinenz gibt.	III
	6.0 Überprüfen Sie den Urin, um festzustellen, ob eine Infektion vorliegt.	IV
	7.0 Stellen Sie fest, wie der Klient seine Harninkontinenz wahrnimmt und ob sich die Maßnahme ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ positiv auswirken wird. Bevor Sie mit der Aufforderung zur Blasenentleerung beginnen, bestimmen Sie das Ausscheidungsmuster des Klienten mittels eines 3-Tages-Ausscheidungsanalysebogens.	III
	8.0 Stellen Sie sicher, dass Obstipation und Kotsteine behandelt werden.	IV
	9.0 Stellen Sie ein ausreichendes Maß an Flüssigkeitszufuhr (1.500 -2.000 ml pro Tag) sicher und reduzieren Sie soweit wie möglich die Einnahme von koffein- oder alkoholartigen Getränken.	III
	10.0 Beginnen Sie die Maßnahme ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ mit Hilfe eines individualisierten Zeitplans, der auf Grundlage der Ausscheidungsbedürfnisse des Klienten und einem 3-Tages-Ausscheidungsanalyseprotokolls ermittelt wurde.	
	11.0 Beginnen Sie, mindestens drei Wochen und maximal acht Wochen nach der Implementierung des Zeitplans der Aufforderung zur Blasenentleerung, mit einem 3-Tages-Ausscheidungsanalyseprotokoll.	IV

*Beachten Sie auch die Details zur "Interpretation von Evidenz" auf Seite 11.

Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlung		*Evidenzgrad
Fortbildungs-empfehlungen	12.0 Implementieren Sie die Maßnahme ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ im Rahmen eines Fortbildungsprogramms zur Kontinenzförderung. Das Programm sollte so aufgebaut und organisiert sein, dass es sich an alle Ebenen der Gesundheitsversorgung, Klienten, Familien und Pflegepersonen richtet. Im Zusammenhang mit der der Fortbildung sollte eine Pflegefachperson mit einem Interesse an der Kontinenzversorgung oder an einer Fortbildung darin bestimmt werden (z. B. Pflegefachperson mit Zusatzausbildung in Kontinenzberatung, Pflegefachpersonen ohne oder mit Masterstudium), die für das Fortbildungsprogramm verantwortlich ist. Das Programm sollte regelmäßig aktualisiert werden, um neue Informationen miteinzubeziehen. Das Programm sollte folgende Informationen beinhalten: ■ Mythen über Inkontinenz und das Altern; ■ Definition von Kontinenz und Inkontinenz; ■ Kontinenzassessment; ■ Aufforderung zur Blasenentleerung; ■ Individualisiertes Toilettentraining ■ Der Einfluss von kognitiver Beeinträchtigung auf die Fähigkeit kontinent zu sein, und Strategien mit aggressivem Verhalten umzugehen; ■ Der Zusammenhang zwischen Darmhygiene und einer gesunden Blasenfunktion; und ■ Die Anwendung eines Ausscheidungsprotokolls bei individualisiertem Toilettengang.	IV
	13.0 Pflegefachpersonen sollten Kenntnis über die regionalen Ressourcen hinsichtlich der beruflichen Weiterentwicklung, Überweisungen und weiterführenden Betreuung haben.	IV
Institutions- und Politikempfehlungen	14.0 Die erfolgreiche Umsetzung der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ erfordert: ■ Unterstützung durch das Management; ■ Möglichkeiten der Fortbildung und Schulung; ■ Aktive Einbindung von Schlüsselfiguren im Pflegebereich; ■ Schrittweise Umsetzung des Zeitplans der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘; ■ Sammlung der initialen Informationen über Klienten, Ressourcen und bereits bestehendes Wissen; ■ Interpretation dieser Daten und Identifikation von Problemen; ■ Entwicklung einer Umsetzungsstrategie; und ■ Monitoring des Programms.	IV
	15.0 Institutionen sind aufgefordert, einen interdisziplinären Team-Ansatz der Kontinenzversorgung zu etablieren.	IV
	16.0 Die Best-Practice-Leitlinien für die Pflege können nur dort am effektivsten umgesetzt werden, wo es eine konsequente Planung, Ressourcen, Unterstützung durch die Institution und die Verwaltung sowie eine starke Begleitung des Veränderungsprozesses durch erfahrene Prozessbegleiter gibt. Die Umsetzung der Leitlinie muss ebenso die örtlichen Umstände berücksichtigen und sollte durch ein aktives Ausbildungs- und Schulungsprogramm verbreitet werden. Dafür hat die RNAO (vertreten durch ein Gremium von Pflegefachpersonen, Pflegeforschern und Verwaltungskräften) das Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines (Hilfsmittel: Umsetzung der klinischen Leitlinien) auf Grundlage der vorhandenen Evidenz, theoretischen Perspektiven und des Konsenses entwickelt. Das Hilfsmittel wird für eine begleitende Umsetzung der Best-Practice-Leitlinien für die Pflege Kontinenzförderung durch ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ der RNAO empfohlen.	IV

Interpretation der Evidenz

Evidenzgrade

- Ia Evidenz durch Meta-Analysen oder systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien.
- Ib Evidenz durch mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie.
- IIa Evidenz durch mindestens eine gut geplante kontrollierte Studie ohne Randomisierung.
- IIb Evidenz durch mindestens einen anderen Typ einer gut geplanten quasi-experimentellen Studie ohne Randomisierung.
- III Evidenz durch eine gut geplante nicht experimentelle deskriptive Studie, wie zum Beispiel Vergleichsstudie, Korrelationsstudie und Fallstudie.
- IV Evidenz durch Berichte einer Expertenkommission oder Meinungen und/oder klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten.

Verantwortung für die Entwicklung der Leitlinie

Die Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) hat mit der Finanzierung durch die Regierung Ontarios mit einem Mehrjahresprogramm zur Entwicklung von Best-Practice-Leitlinien für die Pflege, ihrer Pilot-Umsetzung, Evaluation und Verbreitung begonnen. Einer der Schwerpunkte liegt auf der Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung. Diese Leitlinie wurde ursprünglich im Jahr 2002 entwickelt und nachträglich im Jahr 2005 von einem durch die RNAO berufenen Gremium von Pflegenden und Forschern überarbeitet. Dieses führte seine Arbeit unabhängig von jeglicher Voreingenommenheit oder dem Einfluss durch die Regierung Ontarios aus.

Die Verhinderung und Reduzierung von Obstipation wird als eine Schlüsselintervention angesehen für die Verhinderung und das Management der Harninkontinenz. Daher wurde diese Leitlinie zusammen mit der Best-Practice-Leitlinie für die Pflege Prevention of Constipation in the Older Adult Population (Vermeidung von Obstipation bei älteren Erwachsenen) (RNAO, 2005) überarbeitet. Diese Leitlinie steht für den Download von der RNAO-Website zur Verfügung (www.rnao.org/bestpractices) oder kann über die RNAO erworben werden.

Die Best-Practice-Leitlinie für die Pflege: Vermeidung von Obstipation bei hoch betagten Menschen ist verfügbar auf der RNAO-Website unter www.rnao.org/bestpractices.

Aufgabenstellung und Anwendungsbereich

Die Best-Practice-Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die die Entscheidungsfindung von Praktikern im Gesundheitswesen und Klienten hinsichtlich einer angemessenen Versorgung unterstützen. Das Ziel dieser Leitlinie ist es, Informationen über die Umsetzung eines Versorgungsprogramms der Aufforderung zur Blasenentleerung für ältere Menschen mit Harninkontinenz zur Verfügung zu stellen. Die Ziele der Aufforderung zur Blasenentleerung sind:

- Die Häufigkeit und Schwere der Harninkontinenz-Episoden zu reduzieren;
- Komplikationen im Zusammenhang mit der Harninkontinenz zu verhindern; und
- die Lebensqualität zu erhöhen.

Diese Leitlinie ist für alle Bereiche der klinischen Praxis relevant, d. h. Akutversorgung, Familien- und gemeindenaher Pflege und Langzeitpflege.

Die Empfehlungen dieser Leitlinie richten sich an vier Bereiche: (1) Praxisempfehlungen zur Unterstützung der Pflegekräfte und der Pflegepraxis; (2) ausbildungsbezogene Empfehlungen zur Unterstützung der für die Pflegepraxis erforderlichen Kompetenzen; (3) Institutionsempfehlungen und Direktiven, die auf die Praxis-Bereiche und die Umgebung gerichtet sind, um die Pflegepraxis zu unterstützen; und (4) Indikatoren der Evaluation und Überwachung des Prozesses.

Diese Best-Practice-Leitlinie enthält Empfehlungen für professionelle Pflegekräfte. Jedoch hängt eine effektive Versorgung des Klienten von einem koordinierten interdisziplinären Ansatz ab, der die laufende Kommunikation zwischen Klienten, Familien, Ärzten, Pharmazeuten, Therapeuten zur Aktivierung und Diätberatern sowie andere Mitglieder des Gesundheitsteams einschließt und die persönlichen Präferenzen und individuellen Bedürfnisse jedes Klienten achtet. Die Empfehlungen sind für Pflegenden nicht verpflichtend und ihre Anwendung sollte sich dem Klienten/der Familie und örtlichen Gegebenheiten anpassen.

Ursprünglicher Entwicklungsprozess der Leitlinie – 2000

Im Januar 2000 wurde ein Gremium von Pflegenden mit Praxis- und Forschungserfahrung im Zusammenhang mit der Maßnahme „Aufforderung zur Blasenentleerung“, Harninkontinenz und Obstipation durch die RNAO gebildet.

Eine Literaturrecherche zu systematischen Reviews, klinischen Praxisleitlinien, relevanten Artikeln und Websites wurde durchgeführt. Eine weitere Suche nach unveröffentlichten Arbeiten, auch bekannt als "in Arbeit" befindliche Leitlinien, wurde durch die Gremiumsmitglieder unternommen. Das Gremium fand eine veröffentlichte Best-Practice-Leitlinie zur Aufforderung zur Blasenentleerung für Personen mit einer Harninkontinenz. Die Leitlinie wurde mithilfe des *Appraisal Instrument for Canadian Clinical Practice Guidelines* (Beurteilungsinstrument für kanadische klinische Praxisleitlinien) überprüft, ein angepasstes Hilfswerkzeug von Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder, & Moran (1997). Das Gremium legte die folgende Leitlinie für Anpassungen und Veränderungen fest:

Lyons, S. S. & Pringle Specht, J. K. P. (1999). *Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol*. In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Translation and Dissemination Core.

Eine systematische Überprüfung der einschlägigen Literatur wurde durchgeführt, um die Evidenz für die Aufforderung zur Blasenentleerung auf den aktuellen Stand zu bringen. Durch einen Konsensprozess wurde die Leitlinie entwickelt. Verschiedene Interessengruppen, einschließlich Verbraucher, Pflegekräfte, Ärzte, Ernährungsberater und Führungskräfte, überprüften den Leitlinienentwurf – eine Liste der Beteiligten ist auf den Vorderseiten der Leitlinie enthalten. Diese Leitlinie wurde nach einer sechsmonatigen Pilot-Umsetzungsphase in ausgewählten Praxisbereichen, die durch einen Ausschreibungsprozess bestimmt wurden, weiter verfeinert.

Überarbeitungsprozess – 2005

Die Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) hat sich verpflichtet zu gewährleisten, dass diese Best-Practice-Leitlinie auf der bestmöglichen Evidenz basiert. Um diese Verpflichtung zu erfüllen, wurde ein Überwachungs- und Revisionsprozess für jede veröffentlichte Leitlinie etabliert.

Das Entwicklungsteam der Leitlinien hat die Abstracts aus den wichtigsten Datenbanken über die Aufforderung zur Blasenentleerung und Kontinenz durchgesehen und sich dabei auf systematische Reviews, randomisierte kontrollierte Studien und kürzlich veröffentlichte klinische praktische Leitlinien, vierteljährlich nachdem die Leitlinie *Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung* ursprünglich veröffentlicht wurde, konzentriert. Der Zweck dieser Überprüfung war es, Nachweise zu finden, die einen Einfluss auf die Empfehlungen gehabt haben könnten, was eine vollständige Überprüfung vor dem Drei-Jahres-Plan erfordert hätte. Während dieser laufenden Überwachung wurden keine Belege dieser Art gefunden und die Leitlinie wurde überprüft/überarbeitet wie ursprünglich geplant.

Im September 2004 hatte die RNAO ein Gremium von Pflegenden einberufen, die Fachwissen in der Kontinenzversorgung in einer Reihe von Praxisbereichen haben (wie z. B. institutionelle, kommunale oder akademische Bereiche). Diese Gruppe wurde eingeladen, um als Überprüfungsgremium die Leitlinie *Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung* zu überarbeiten, die ursprünglich im Januar 2002 veröffentlicht wurde. Die Gruppe setzte sich sowohl aus Mitgliedern des ursprünglichen Entwicklungsgremiums zusammen, als auch aus anderen empfohlenen Spezialisten.

Den Gremiumsmitgliedern wurde der Auftrag erteilt, die Leitlinie mit Hinblick auf die Aktualität der Empfehlungen und Evidenz zu überprüfen und dabei den ursprünglichen Bereich des Dokuments zu beachten. Die Arbeit wurde wie folgt ausgeführt:

Planung:

- Klinische Fragen wurden zur Strukturierung der Literatursuche identifiziert.
- Die Suchbegriffe wurden mit Unterstützung der Gremiumsleiterin für jede Empfehlung der Leitlinie gebildet.
- Die Literatursuche wurde durch einen Bibliothekar der Gesundheitswissenschaften durchgeführt.

Qualitätsbewertung:

- Die Suchergebnisse wurden durch einen dem Gremium zugewiesenen Forschungsassistenten für die Inklusion/Exklusion hinsichtlich der klinischen Fragestellungen überprüft. Nähere Informationen zur Suchstrategie finden Sie im Anhang A.
- Studien/Leitlinien wurden beschafft, die die Kriterien der Inklusion/Exklusion erfüllten. Die Qualitätsbewertung und Datenextraktion wurden von dem Forschungsassistenten durchgeführt. Diese Ergebnisse wurden zusammengefasst und an das Gremium weitergereicht.

Überprüfung durch das Gremium:

- Die Gremiumsmitglieder überprüften die Tabellen der Datenextraktion, systematische Reviews und gegebenenfalls Originalstudien und klinische Leitlinien.
- Empfehlungen für weitere Suchstrategien wurden nach Bedarf bestimmt.
- Durch einen Diskussions- und Konsensprozess wurden die Empfehlungen für die Überarbeitung der Leitlinie ermittelt.
- Das Überarbeitungsgremium kam zu dem Schluss, dass es keine signifikant neue Evidenz gibt. Jedoch wurden die ursprünglichen Empfehlungen und die Diskussion der Evidenz aktualisiert.
- Die ursprüngliche Interpretation der Evidenz (Beweiskraft A-C) wurde geändert, um die gegenwärtig von der RNAO genutzten Evidenzgrade (Grad Ia-IV) widerzuspiegeln.
- Weitere Anhänge wurden mit aufgenommen und können als Hilfsmittel zur verbesserten Annahme der Leitlinienumsetzung verwendet werden.

Begriffsdefinition

Klinische Praxisleitlinien oder Best-Practice-Leitlinien

Systematisch entwickelte Aussagen (basierend auf der besten verfügbaren Evidenz), um die Entscheidungen von Praktikern und Klienten über angemessene Gesundheitsversorgung unter spezifischen klinischen (praktischen) Bedingungen zu unterstützen (Field & Lohr, 1990).

Konsens

Ein Prozess für Grundsatzentscheidungen, keine wissenschaftliche Methode, um neues Wissen zu generieren. Im besten Fall dient die Konsensentwicklung lediglich der bestmöglichen Nutzung vorhandenen Wissens, seien es wissenschaftliche Daten oder die kollektive Weisheit der Teilnehmer (Black et al., 1999).

Definition Multidisziplinarität versus Interdisziplinarität

Multidisziplinarität und Interdisziplinarität sind Begriffe, die synonym verwendet werden. Jedoch bei näherer Betrachtung der Definitionen gibt es feine Unterschiede. Garners Definition von "multidisziplinär" beschreibt das Konzept des 'Pfortners', bei dem einer bestimmt, welche anderen Disziplinen zur Teilnahme an einem unabhängigen, disziplinspezifischen Team eingeladen werden, das separate Assessments, Planung und Bereitstellung der Versorgung mit geringer Koordination durchzuführen. Dieser Prozess beinhaltet die unabhängige Entscheidungsfindung anstatt der Koordination von Informationen (Garner, 1995).

"Interdisziplinäre" Teamprozesse legen gemeinsame Ziele des Teams fest und erstellen einen gemeinsamen Einsatzplan, in dem die Teammitglieder an der Problemlösung jenseits der Grenzen der eigenen Disziplin beteiligt sind (Dyer, 2003).

Gemäß des American Heritage Dictionary (2000) ist "multidisziplinär" definiert als, in Bezug stehend zu oder die Nutzung von mehreren Disziplinen auf einmal: ein multidisziplinärer Ansatz der Lehre, bei dem "interdisziplinär" definiert wird als, in Bezug stehend zu oder zwei oder mehr beteiligte(n) akademische(n) Disziplinen, die in der Regel als getrennt betrachtet werden.

Es ist nicht für jedes Mitglied des multidisziplinären Teams notwendig, jeden Klienten einzuschätzen. Jedoch sollten kollektives Wissen, Fertigkeiten und klinische Erfahrungen der professionellen Mitarbeiter das multidisziplinäre Fachwissen widerspiegeln, das notwendig ist, um die gewünschten Ziele für das Programm und den Klienten zu erreichen.

In dieser Leitlinie wird der Begriff "interdisziplinär" genutzt.

Ausbildungsempfehlungen

Aussagen über pädagogische Anforderungen und pädagogische Ansätze/Strategien für die Einführung, Umsetzung und Nachhaltigkeit der Best-Practice-Leitlinien.

Evidenz

"Eine Beobachtung, Tatsache oder eine organisierte Menge an angebotenen Informationen, um Rückschlüsse oder Überzeugungen bei der Darlegung einiger Behauptungen oder strittiger Fragen zu rechtfertigen." (Madjar & Walton, 2001, S. 28).

Prozessbegleitung

Es handelt sich um eine Technik, mit der eine Person Dinge für andere leichter macht. Prozessbegleiter spielen eine zentrale Rolle, um Personen und Teams verstehen zu helfen, was sie verändern müssen und wie sie es verändern müssen, damit die Evidenz in der Praxis angewendet wird (Rycroft-Malone, Kitson, Harvey, McCormack, Seers, Titchen, et al., 2002).

Familie

Wen auch immer die Person als Familie definiert. Familienmitglieder können folgende Personen sein: Eltern, Kinder, Geschwister, Nachbarn und/oder Bezugspersonen.

Informelle Unterstützung

Unterstützung und Ressourcen von einer Person, die mit dem Pflegeempfänger in Verbindung steht. Personen, die informelle Unterstützung leisten, können sein: Familie, Freunde, Mitglieder einer spirituellen Gemeinschaft, Nachbarn usw.

Metaanalyse

Die Nutzung statistischer Methoden, um die Ergebnisse unabhängiger Studien zusammenzufassen und somit präzisere Einschätzungen über die Wirkung der Gesundheitsleistung zu bieten, als solche, die von individuellen Studien einer Review abgeleitet wurden (Alderson, Green & Higgins, 2004).

Institutionsempfehlungen und Direktiven

Aussagen über erforderliche Voraussetzungen in einem Praxisbereich, die eine erfolgreiche Umsetzung der Best-Practice-Leitlinie ermöglichen. Die Voraussetzungen für den Erfolg liegen weitgehend bei der Verantwortung der Institution, obwohl diese auch Auswirkungen auf Direktiven auf Regierungs- oder Gesellschaftsebene haben könnten.

Empfehlungen für die Praxis

Aussagen über Best Practice, die auf die Praxis von Mitarbeitern der Gesundheitsversorgung gerichtet und evidenzbasiert sind.

Aufforderung zur Blasenentleerung

Eine Verhaltenstechnik, die sprachliche und körperliche Hinweise beinhaltet, um eine Person bei der Benutzung der Toilette oder eines entsprechenden Hilfsmittels zu unterstützen. ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ ist eine First-line-Intervention für einige Arten der Harninkontinenz (Drang-, Stress-, gemischte und funktionale)

Randomisierte kontrollierte Studie

Im Zusammenhang mit dieser Leitlinie ist es eine Studie, in der Subjekte Bedingungen auf der Grundlage der Wahrscheinlichkeit zugeordnet werden und wo mindestens eine der Bedingungen eine Kontroll- oder Vergleichsbedingung ist.

Interessenvertreter

Ein Interessenvertreter ist ein Individuum, eine Gruppe oder Institution mit einem eigennützigen Interesse an den Entscheidungen und Handlungen von Institutionen, die versuchen Entscheidungen und Handlungen zu beeinflussen (Baker et al., 1999). Interessenvertreter sind alle Individuen oder Gruppen, die direkt oder indirekt an der Veränderung oder Lösung des Problems beteiligt sind. Interessenvertreter können verschiedene Typen sein und in Gegner, Unterstützer und Neutrale eingeteilt werden (Ontario Public Health Association, 1996).

Systematische Review

Anwendung eines strengen wissenschaftlichen Ansatzes für die Erstellung einer Literaturübersicht (National Health and Medical Research Council, 1998). Systematische Reviews stellen fest, wo die Wirkung der Gesundheitsversorgung beständig ist und die Forschungsergebnisse auf unterschiedliche Populationen, Bereiche und bei Versorgungsunterschieden (z. B. Dosis) angewendet werden können und wo sich die Wirkung vielleicht signifikant unterscheidet. Die Nutzung expliziter, systematischer Methoden in Reviews schränkt die Voreingenommenheit (systematische Fehler) ein und reduziert die Zufallseffekte und liefert somit verlässlichere Ergebnisse, anhand derer Schlussfolgerungen gezogen und Entscheidungen getroffen werden können (Alderson et al., 2004).

Unterstützung beim Toilettengang

Der Prozess, den Klienten zu ermutigen, ein entsprechendes Hilfsmittel für die Blasenentleerung oder den Stuhlgang zu verwenden. Das Hilfsmittel kann die Toilette, der Nachtstuhl, das Urinal, die Bettschüssel oder ein anderes Behelfsmittel, außer Inkontinenzunterhosen, sein. Die Unterstützung beim Toilettengang dient der Ausscheidung und ist nicht als reiner Wechsel der Unterwäsche gedacht.

Harninkontinenz ist der unbeabsichtigte Urinverlust, der ausreichend ist, um ein Problem zu sein, und kann sich als eine der folgenden Arten darstellen

Eine **vorübergehende Inkontinenz** ist ein Harnabgang infolge von Ursachen außerhalb des Harnsystems oder dieses beeinflussend, wie z. B. akute Verwirrtheit, Infektion, atrophische Urethritis oder Vaginitis, Medikation, psychologische Erkrankungen, eingeschränkte Mobilität oder Kotsteine.

Dranginkontinenz ist ein unwillkürlicher Harnabgang, der kurz nach einem starken Harndrang auftritt.

Stressinkontinenz ist ein Harnabgang beim Husten oder Niesen als Folge eines erhöhten abdominalen Drucks.

Gemischte Inkontinenz ist ein Harnabgang mit den Merkmalen von Stress- und Dranginkontinenz.

Funktionale Inkontinenz ist ein Harnabgang verbunden mit der Unfähigkeit, die Toilette aufgrund kognitiver und/oder körperlicher Funktionen oder einem umfeldbezogenen Hindernis zu erreichen.

Überlaufinkontinenz ist der unbeabsichtigte Harnabgang verbunden mit einer Blasenüberdehnung. (Im deutschen ‚Expertenstandard‘ wird diese Inkontinenzart der Kategorie ‚Inkontinenz mit chronischer Harnretention‘ zugeordnet).

Totale Inkontinenz ist ein kontinuierlicher und unvorhersagbarer Harnabgang. (Diese Inkontinenzart wird in Deutschland entsprechend der Definition der International Incontinence Society der Kategorie ‚Unkategorisierbare Inkontinenz‘ zugeordnet).

Hintergrund

Es wird geschätzt, dass über 1,5 Millionen Kanadier in ambulanten und institutionellen Bereichen von **Harninkontinenz** betroffen sind (Canadian Continence Foundation, 1998). Es kann Personen jeden Alters treffen, aber sie ist verbreiteter bei älteren Menschen und mehrere Studien bestätigen, dass über die Hälfte aller Bewohner in Pflegeheimen harninkontinent ist (Eustice, Paterson & Roe, 1999; Lyons & Pringle Specht, 1999; Ouslander, Schnelle, Uman, Fingold, Nigam, Tuico & Jensen, 1995; Schnelle, 1990). Pflegende Familienangehörige von inkontinenten Personen sehen die Aufrechterhaltung der Kontinenz als eine Belastung an und die Harninkontinenz spielt eine wichtige Rolle für die Entscheidung, ältere Familienmitglieder in ein Pflegeheim zu geben. Während mehr ältere Frauen inkontinent sind, sind es die älteren Männer, die am stärksten gefährdet sind, Harninkontinenz zu entwickeln (Lyons & Pringle Specht, 1999). Trotz der Prävalenz und geschätzten jährlichen Kosten von mehr als 15 Milliarden US-Dollar leiden die meisten inkontinenten Menschen schweigend und suchen keine Hilfe. Es wird erwartet, dass Harninkontinenz ein signifikantes Gesundheitsproblem für ältere Menschen bleiben wird, und da die Alterung der Bevölkerung weiter zunimmt, wird es sich sogar verstärken. Als direkte Leistungserbringer stehen Pflegende in einer einzigartigen Position, um auf das Inkontinenzproblem in der Familien- und gemeindenahen Pflege, Akutpflege, Langzeitpflege und in der Versorgung chronisch Kranker Einfluss zu nehmen. Es konnte nachgewiesen werden, dass sich durch die Verhaltensintervention, die als "Aufforderung zur Blasenentleerung" bekannt ist, die Anzahl inkontinenter Episoden pro Tag verringert und die Anzahl kontinenter Blasenentleerungen erhöht hat. Diese Intervention kann bei Personen angewendet werden, die körperliche oder mentale Beeinträchtigungen, oder eine geringe Selbstbestimmungsfähigkeit haben, wie ihren Bedürfnissen am besten entsprochen wird. Die Identifizierung von individuellen Blasenentleerungsmustern (individualisierte Toilettengänge) anstatt regelmäßiger Toilettengänge (z. B. alle 2 Stunden) kann den größtmöglichen Erfolg bei der Unterstützung des Toilettengangs fördern und wird durch den höchsten Evidenzgrad unterstützt.

Diese Leitlinie gilt nicht für Klienten mit medizinischen Erkrankungen, denen eine eingeschränkte Flüssigkeitsaufnahme verordnet wurde.

Empfehlungen für die Praxis

Empfehlung 1.0

Besorgen Sie sich die Vorgeschichte der Inkontinenz des Kunden. (*Evidenzgrad = IV*)

Diskussion der Evidenz

Die Bedeutung des Assessments vor der Bestimmung spezifischer Interventionen für die Harninkontinenz wird in der Literatur konsequent betont, obwohl es nur eine begrenzte Anzahl von Handlungshilfen gibt. Mit dem Assessment sollte zuerst die Inkontinenzart bestimmt werden (vgl. die Liste der Arten von Harninkontinenz in den *Begriffsdefinitionen*) und dabei muss die individuelle Reaktion der betroffenen Person auf die Inkontinenz mitberücksichtigt werden (Lyons & Pringle Specht, 1999). Erkenntnisse aus mehreren Studien weisen darauf hin, dass eine vollständige Vorgeschichte und körperliche Untersuchung durch einen Kliniker¹ die tatsächliche Inkontinenz-Diagnose mit hinreichender Genauigkeit bestimmt. In vielen Fällen wird der Kliniker dann die Person an geeignete Leistungserbringer, wie zum Beispiel an Pflegefachpersonen, überweisen, damit sie mit den Interventionen für Harninkontinenz beginnen können (Lyons & Pringle Specht, 1999). Zembruski (1997) fügt hinzu, dass die Herausforderungen der Assessmentdateninterpretation einen interdisziplinären Ansatz erfordern, einschließlich Gesundheitsanbieter, den Klienten und pflegenden Angehörigen. Die durch den Klienten und/oder den Gesundheitsdienstleister erhaltene medizinische Vorgeschichte sollte das erste Auftreten und die Symptome der Inkontinenz sowie die Verwendung von Inkontinenzprodukten enthalten.

¹ In Deutschland beispielsweise, wird die körperliche Untersuchung meist von einem Arzt durchgeführt.

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

Das Assessment für eine Vorgeschichte der Inkontinenz sollte die folgenden Aspekte enthalten:

- die Häufigkeit und das Muster der Inkontinenz,
- das Bewusstsein für den Harndrang des Klienten und sein gezeigtes Verhalten bei Harndrang,
- die Motivation, kontinent zu sein,
- Flüssigkeitszufuhr,
- Häufigkeit des Stuhlgangs,
- medizinische/chirurgische Vorgeschichte,
- Medikation,
- funktionale Fähigkeiten,
- umfeldbezogene Hindernisse,
- Vorliegen einer Harnwegsinfektion,
- Vorgeschichte einer Harnwegsinfektion,
- Feststellen der Ziele/Motivation des Klienten

Vgl. Anhang B für eine schematische Darstellung (Algorithmus) der Aufforderung zur Blasenentleerung

Empfehlung 2.0

Sammeln Sie Informationen über:

- **Die Menge, die Art und Zeit der täglichen Flüssigkeitszufuhr, beachten Sie besonders die Zufuhrmenge an Koffein und Alkohol.**
- **Die Häufigkeit, Art und Konsistenz des Stuhlgangs.**
- **Jede relevante medizinische oder chirurgische Vorgeschichte, die vielleicht in Zusammenhang mit dem Inkontinenzproblem stehen kann, wie z. B., aber nicht beschränkt auf Diabetes, Schlaganfall, Parkinson-Krankheit, Herzinsuffizienz, rezidivierende Harnwegsinfektionen oder frühere Blasenoperationen**

(Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Die ausreichende Flüssigkeitszufuhr der älteren Menschen wird als Problem in zahlreichen Studien zitiert und es wird allgemein angenommen, dass sie mit zunehmendem Alter eine Abnahme des Durstgefühls erleben. Durst wird in der Regel wahrgenommen, wenn der Wasserverlust des Körpers 2 % des individuellen Körpergewichts entspricht. Es gibt mehrere Beispiele für Situationen, die den Bedarf für ein zusätzliches Assessment von Dehydratationsproblemen auslösen, da diese Personen vermutlich anfälliger für Harntraktinfektionen, Pneumonie, Dekubitus, Verwirrtheit und Desorientierung sind (Chidester & Spangler, 1997). In einer randomisierten kontrollierten Studie fand Gaspar (1988) deutliche Evidenz für die Behauptung, dass die Flüssigkeitszufuhr unter Pflegeheimbewohnern unzureichend ist; es wurde auch darauf hingewiesen, dass Personen mit einer höheren funktionalen Fähigkeit einen höheren Anteil an ausreichender Flüssigkeitszunahme haben. Die diuretischen und irritativen Wirkungen von Koffein und Alkohol sind ebenso gut in der Literatur dokumentiert. Die Beseitigung dieser Auswirkungen wird auch die Symptome des Klienten hinsichtlich des Harndrangs und der Häufigkeit des Harnabgangs sowie das Bedürfnis eines Toilettengangs reduzieren (Skelly, Eyles, Boblin-Cummings & Davis, 1998). Obstipation wirkt sich direkt auf die Harninkontinenz aus und daher sollten während der Assessmentphase Kotsteine beseitigt werden (Peet, Castleden, McGrother & Duffin, 1996). Beachten Sie die RNAO-Leitlinie *Vermeidung von Obstipation bei älteren Erwachsenen (Prevention of Constipation in the Older Adult Population, 2005)*.

Walter & Realini (1992) betonen neben anderen die Bedeutung der Erhebung einer gründlichen medizinischen und chirurgischen Vorgeschichte, um das Vorliegen anderer Erkrankungen festzustellen (z. B. Diabetes, Schlaganfall, Multiple Sklerose), die eine direkte Ursache der Harninkontinenz sein können.

Empfehlung 3.0

Überprüfen Sie die Medikation des Klienten, um herauszufinden, welche eine Auswirkung auf die Inkontinenz haben könnte.

(Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Die in der Literatur am häufigsten aufgeführten Medikationen, die einen Einfluss auf die Medikation haben, sind:

- Diuretika,
- Sedativa,
- Hypnotika,
- Anticholinergika,
- Amitriptyline und
- Opioide Analgetika.

Mehrere Studien kommen zu dem Schluss, dass Medikationen Nebenwirkungen haben, die für ältere Menschen gesundheitsschädlich sein können. Für Personen mit Inkontinenz ist das Erkennen und Reduzieren der Nebenwirkungen, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Blasenfunktion haben können, ein bedeutender Behandlungsschritt (Lyons & Pringle Specht, 1999). Manche pharmakologischen Behandlungen haben anticholinergische Eigenschaften, wie:

- trockene Haut,
- verschwommenes Sehen,
- Übelkeit,
- Obstipation,
- Xerostomie (Mundtrockenheit),
- Schwindel,
- orthostatische Hypotonie,
- Schwäche,
- Fatigue,
- Harnverhalt und
- Schlafstörung (Lyons & Pringle Specht, 1999; McCormick, Burgio, Engel, Scheve & Leahy, 1992; Schnelle, 1990).

Es gibt weitere Evidenz dafür, dass Diuretika zu Harndrang und Häufigkeit beitragen und dass Sedativa und Hypnotika die Wahrnehmung für den Harndrang reduzieren können (Skelly et al., 1998).

Empfehlung 4.0

Bestimmen Sie die funktionalen und kognitiven Fähigkeiten des Klienten. (Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Es gibt starke Beweise dafür, dass Personen mit Mobilitäts- oder kognitiven Einschränkungen am wahrscheinlichsten Harninkontinenz entwickeln (Lyons & Pringle Specht, 1999; Ouslander et al., 1995; Schnelle, 1990). Es wird jedoch auch oft angegeben, dass kognitive Einschränkungen nicht als Hindernis für die Anwendung der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ angesehen werden sollte. In einer prospektiven kontrollierten explorativen Studie fanden Engberg, Sereika, McDowell, Weber & Brodak (2002) heraus, dass häuslich gebundene ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen auf die Aufforderung zur Blasenentleerung reagiert haben und diese Intervention ohne Weiteres in der Praxis angewendet werden kann. Die Fähigkeit des Klienten zum Toilettengang hängt sehr von seinem/ihrer Grad der Selbstfürsorge und der Fähigkeit zu verstehen, Informationen zu verarbeiten und angemessen zu reagieren, ab (Lyons & Pringle Specht, 1999).

Hilfsmittel für die Beurteilung der funktionalen und kognitiven Fähigkeiten können in der RNAO-Leitlinie *Screening auf Delirium, Demenz und Depression bei älteren Erwachsenen* (2003) gefunden werden, und für die funktionalen Fähigkeiten ein Instrument im *Anhang M* der Leitlinie *Pflegestrategien für ältere Erwachsene mit Delirium, Demenz und Depression* (2004). Beide Leitlinien sind als Download von der RNAO-Website verfügbar: www.rnao.org/bestpractices.

Empfehlung 5.0

Identifizieren Sie die einstellungs- und umgebungsbezogenen Hindernisse für einen erfolgreichen Toilettengang.

Hindernisse sind:

- Nähe und Verfügbarkeit des nächsten Badezimmers,
- Erreichbarkeit des Nachstuhls,
- Ausreichende Lichtverhältnisse,
- Verwendung von Fixierungen,
- Erwartung der Pflegekräfte dass Inkontinenz eine unvermeidliche Folge des Alterns ist und
- Annahme der Pflegekräfte, dass es nur wenige Interventionen für die Förderung der Kontinenz gibt.

(Evidenzgrad = III)

Diskussion der Evidenz

Wyman (2003) hat in einer Review der Literatur über Harninkontinenz herausgefunden, dass die Haltung der Mitarbeiter gegenüber Harninkontinenz ein Hindernis für die Behandlung der Harninkontinenz darstellte. Die Haltung der Mitarbeiter wurde auch als ein Faktor für die Kontinenzförderung identifiziert (Northwood, 2004).

Es gibt nur wenig Forschung über die Auswirkungen von umfeldbezogenen Hindernissen auf den erfolgreichen Toilettengang, obwohl Expertenaussagen diese Empfehlung stark unterstützen. Hutchinson, Leger-Krall, & Skodol Wilson (1996) haben jedoch darauf hingewiesen, dass die Anzahl und Größe des Badezimmers die Einfachheit des Toilettengangs beeinflussen, und Klienten im Rollstuhl eine weitere Herausforderung darstellen. Die Verwendung von Fixierungen scheint beträchtliche Auswirkungen auf einen erfolgreichen Toilettengang zu haben, aber viele Studien sind in ihren Ergebnissen nicht eindeutig. In einer randomisierten kontrollierten Studie weisen Schnelle, MacCrae, Ouslander & Sui (1995) darauf hin, dass in der Studie 63 % der Pflegeheimbewohner über einen Zeitraum am Tag körperlich fixiert waren und fast jeder dieser Bewohner auch inkontinent war. Schnelle et al. (1995) weisen ebenfalls darauf hin, dass von diesen Bewohnern fast jeder kognitive Einschränkungen hatte.

Ein in der Literatur offensichtliches Hindernis ist die Zeit und Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen und anderer Hilfspersonen, um bei dem Toilettengang zu unterstützen. Lyons & Pringle Specht (1999) stellen fest, dass es mehr Zeit in Anspruch nimmt, eine Person beim Toilettengang zu unterstützen als eine uringetränkte Einlage zu wechseln. Die Mitarbeiter-Compliance wird im Kapitel Ausbildung und Institutions- und Leitlinienempfehlungen weiter diskutiert.

Empfehlung 6.0

Überprüfen Sie den Urin, um festzustellen, ob eine Infektion vorliegt. (Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Die meisten Studien befassten sich selten mit diesem Assessment-Schritt, aber McCormick et al. (1992) kommen zu dem Schluss, dass ein Test auf Harnwegsinfektion zu einer Beurteilung der Ausgangslage für Harninkontinenz gehören sollte. Das Überprüfungsgremium erzielte darin Konsens, diese Empfehlung zu unterstützen.

Dieses Verfahren sollte gemäß den Direktiven und Verfahren der Einrichtung durchgeführt werden. Wenn eine Harnwegsinfektion vorliegt, sollte sich die Pflegefachperson an den entsprechenden Kliniker für die Behandlung wenden².

Empfehlung 7.0

Stellen Sie fest, wie der Klient seine Harninkontinenz wahrnimmt und ob sich die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ positiv auswirken wird. Bevor Sie mit der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ beginnen, bestimmen Sie das Ausscheidungsmuster des Klienten mittels eines 3-Tages-Ausscheidungsprotokolls. (Evidenzgrad = III)

Diskussion der Evidenz

In einer Kohortenstudie, die angelegt war, Prädiktoren für den Erfolg unter inkontinenten Pflegeheimbewohnern zu untersuchen, fanden Ouslander et al. (1995) den Nachweis dafür, dass Heimbewohner, die gut auf die Aufforderung zur Blasenentleerung reagiert haben, während einer 3-Tage-Test-Intervention identifiziert werden können. Ebenso haben Lyons & Pringle Specht (1999) mit mehreren randomisierten kontrollierten Studien herausgefunden, dass die besten Prädiktoren für die Reaktion einer Person auf die Aufforderung zur Blasenentleerung sein oder ihr Erfolg bei einem therapeutischen Test der Aufforderung zur Blasenentleerung ist. Ein Ausscheidungsprotokoll- ist wichtig für den Versuch, die Muster der Blasenentleerung und Flüssigkeitszufuhr eines Klienten festzustellen und hilft bei der Bestimmung, ob dieser nach Durchführung der Maßnahme erfolgreich bleiben wird oder nicht (Lyons & Pringle Specht, 1999). Schnelle (1990) befürwortet ein Assessment, dass es Leistungserbringern ermöglicht, diejenigen Klienten zu ermitteln, die am meisten vom Management der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ profitieren können. Siehe *Anhang C* für die Bestimmung, wer von der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ profitieren wird.

² In Deutschland beispielsweise durch den behandelnden Arzt

Beschreibung der Intervention ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘

Die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ ist eine Verhaltensintervention zur Behandlung von Harninkontinenz. Verhaltensinterventionen für Harninkontinenz versuchen die Art und Weise, wie eine Person auf den Urinverlust reagiert, zu verändern (Lyons & Pringle Specht, 1999). Andere Beispiele einer Verhaltensreaktion auf Harninkontinenz sind:

- Die Anwendung eines Inkontinenzprodukts, um Urin zu sammeln und aufzubewahren bis das Urin bequem entsorgt werden kann.
- Die Blase vor dem Urinverlust zu leeren.

Die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ unterscheidet sich von den obigen Beispielen, da es die Reaktion des Leistungserbringers auf die Harninkontinenz ist, die sich verändert hat, und nicht die des Individuums. Anstatt auf ein Inkontinenzprodukt oder Kleidung zu vertrauen, greift die Pflegefachperson vor der unerwünschten Blasenentleerung ein. Ein individualisierter Zeitplan der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ wird mit einem 3-Tages-Ausscheidungsprotokolls ermittelt, der auf dem normalen Blasenentleerungs- und/oder Inkontinenzmuster der Person basiert. Die Aufforderung zur Ausscheidung wird für die Behandlung der Harninkontinenz bei Personen mit körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen angewendet, die zeitnahe Erinnerungen zur Toilettenbenutzung durch Pflegefachpersonen benötigen. Diese Intervention ist in der Akut- und Langzeitpflege sowie im Heimbereich erfolgreich angewendet worden, um Harninkontinenz zu behandeln (Lyons & Pringle Specht, 1999). Jedes Mal, wenn mit der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ begonnen wird, wendet die Pflegefachperson drei grundlegende Verhaltensweisen an:

Monitoring: Das bedeutet, die inkontinente Person in regelmäßigen Abständen zu fragen, ob er oder sie die Toilette benutzen muss. Die Pflegefachperson sollte auf die Verhaltensweisen achten, die zeigen, dass der Klient die Toilette benutzen muss (z. B. Unruhe, Erregung, Entkleidung) und dann den Klienten in regelmäßigen Abständen gemäß seines individuellen Zeitplans zur Toilette zu führen, anstatt regelmäßig alle zwei Stunden.

Aufforderung: Dieser Schritt beinhaltet die Aufforderung an die Person, die Toilette in regelmäßigen Abständen zu benutzen, und fördert die Aufrechterhaltung der Blasenkontrolle zwischen den ‚Aufforderung zur Blasenentleerungs‘ Maßnahmen‘.

Loben: Dieser wichtige Schritt ist die positive Verstärkung der Kontinenz und des adäquaten Toilettengangs und ist die Reaktion der Pflegefachperson auf den Erfolg der Person, die Blase zu kontrollieren.

Basierend auf Lyons & Pringle Specht, 1999. Im *Anhang C* finden Sie Vorschläge für Kommunikationstechniken für die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘.

Empfehlung 8.0

Stellen Sie sicher, dass Obstipation und Kotsteine behandelt werden. (*Evidenzgrad = IV*)

Diskussion der Evidenz

Wie bereits erwähnt, zeigen Studien, wie wichtig es ist während der Assessmentphase sicherzustellen, dass Kotsteine beseitigt werden (McCormick et al., 1992; Peet et al., 1996). Die Prävention und Reduzierung von Obstipation wird als eine Schlüsselintervention für die Verhinderung und das Management der Harninkontinenz angesehen. Aus diesem Grund wird empfohlen, diese Leitlinie zusammen mit der Best-Practice-Leitlinie *Prevention of Constipation in the Older Adult Population*, (2005) zu verwenden.

Empfehlung 9.0

Stellen Sie ein ausreichendes Maß an Flüssigkeitszufuhr (1.500–2.000 ml pro Tag) sicher und reduzieren Sie soweit wie möglich die Einnahme von koffein- oder alkoholhaltigen Getränken.

(Evidenzgrad = III)

Diskussion der Evidenz

Die Literatur stützt die Behauptung, dass die Flüssigkeitszufuhr bei Pflegeheimbewohnern unzureichend ist (Gaspar, 1988). Sansevero (1997) kommt zu dem Schluss, dass die Folgen der Dehydratation deutlich die Kognition, körperliche Beeinträchtigung und die Abnahme der funktionalen Fähigkeiten beeinflussen. Die ausreichende Flüssigkeitszufuhr der älteren Menschen ist ein Anliegen, das häufig von Pflegenden ausgedrückt wird, aber in der Pflegepraxis häufig übersehen wird. Es gibt einige Evidenz, wenn auch nicht eindeutig, dass Pflegefachperson eher mit Interventionen der Flüssigkeitszufuhr bei pflegeabhängigen Personen beginnen, als bei Personen, die weniger abhängig sind (Chidester & Spangler, 1997; Zembrzski, 1997).

Empfehlung 10.0

Beginnen Sie mit einem individualisierten Zeitplan der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ auf Grundlage der Ausscheidungsbedürfnisse des Klienten und wie es aus dem 3-Tages-Ausscheidungsprotokolls ermittelt wurde. (Evidenzgrad = Ia)

Diskussion der Evidenz

Die Ermittlung eines individuellen Blasenentleerungsmusters kann den höchsten Grad an Kontinenz einer Person fördern, während sich die erforderliche Zeit für den Toilettengang einschließlich der Zeit der Pflegefachperson verringert (Lyons & Pringle Specht, 1999). Es gibt starke Evidenz dafür, dass die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ die Häufigkeit der Inkontinenz bei Personen reduziert, die die Blase auf Aufforderung entleeren können (Eustice, Roe, & Paterson, 2004; Holroyd-Leduc & Strauss, 2004; Schnelle, 1990). Siehe *Anhang C* für die Bestimmung, wer voraussichtlich von dieser Intervention profitieren wird.

Die Literatur zeigt auch, dass obwohl die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ keine teure Ausrüstung zur Implementierung erfordert, die konsequente Verfügbarkeit einer Pflegefachperson oder anderer Hilfspersonen als Hinweisgeber einen Erfolgsfaktor für die ‚Aufforderung der Blasenentleerung‘ darstellt (Lyons & Pringle Specht, 1999). Mehrere Studien kommen zu dem Schluss, dass die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ leicht zu erlernen ist, aber persönlichen Einsatz sowie die konsequente Anwendung des Plans erfordert (Lyons & Pringle Specht, 1999, McCormick et al, 1992, Schnelle, Traughber, Sowell, Newman, Petrill & Ory, 1989).

Empfehlung 11.0

Beginnen Sie mit einem 3-Tages-Ausscheidungsprotokoll, mindestens drei Wochen und maximal acht Wochen nach der Implementierung des Zeitplans zur ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘.

(Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Es gibt einige Evidenz dafür, dass Personen, die nach einem sorgfältigen Probelauf der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ (vier bis sieben Wochen), im Rahmen eines mindestens 2-Stunden-Plans für Toilettengänge nicht kontinent bleiben können, wahrscheinlich nicht darauf ansprechen. Wenn eine Person häufiger als alle 2 Stunden Toilettengänge benötigt, wird Pflegefachperson geraten, nicht mit der Maßnahme ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ fortzufahren (Lyons & Pringle Specht, 1999).

Siehe *Anhang D* für ein Beispiel eines Ausscheidungsprotokolls.

Fortbildungsempfehlungen

Empfehlung 12.0

Implementieren Sie die Maßnahme ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ im Rahmen eines Fortbildungsprogramms zur Kontinenzförderung. Das Programm sollte so aufgebaut und organisiert sein, dass es sich an alle Ebenen der Gesundheitsversorgung, Klienten, Familien und Pflegepersonen richtet. Im Zusammenhang mit der Fortbildung sollte eine Pflegefachperson mit einem Interesse an der Kontinenzversorgung oder an einer Fortbildung darin bestimmt werden (z. B. Pflegefachperson mit Zusatzausbildung in Kontinenzberatung, Pflegefachpersonen ohne oder mit Masterstudium), die für das Fortbildungsprogramm verantwortlich ist. Das Programm sollte regelmäßig aktualisiert werden, um neue Informationen miteinzubeziehen.

Das Programm sollte folgende Informationen beinhalten:

- Mythen über Inkontinenz und das Altern,
- Definition von Kontinenz und Inkontinenz,
- Kontinenzassessment,
- Aufforderung zur Blasenentleerung,
- Individualisiertes Toilettentraining,
- der Einfluss von kognitiver Beeinträchtigung auf die Fähigkeit, kontinent zu sein, und Strategien, mit aggressivem Verhalten umzugehen,
- Der Zusammenhang zwischen der Darmhygiene und einer gesunden Blasenfunktion und
- die Anwendung eines Ausscheidungsprotokolls bei individualisiertem Toilettengang.

(Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Verschiedene Forschungsstudien sind über die professionelle Pflegeausbildung und das Wissen über die Kontinenzversorgung durchgeführt worden (Cheater, 1992, Palmer, 1995). Beide Studien kommen zu dem Schluss, dass es einen Mangel an ausreichender Kenntnis über Inkontinenz gibt. Palmer (1995) bestätigt die Bedeutung eines Fortbildungsprogramms über Kontinenz für alle Pflegemitarbeiter, um die Pflegepraxis und die Qualität der Kontinenzversorgung zu verbessern. Solche Programme sollten Standards der Kontinenzversorgung, die Assessment-Fertigkeiten und die Sensibilität der Mitarbeiter gegenüber Kontinenztraining in allen Fortbildungsprogrammen enthalten, wie Peet et al. (1996) vorschlagen. Andere Untersuchungen unterstreichen die Bedeutung der Fortbildung bezüglich der Mythen über Inkontinenz und Altern, der Definition von Kontinenz und Inkontinenz und Strategien, um mit aggressivem Verhalten bei der Kontinenzförderung umzugehen (Northwood, 2004; Sui, Schindel Martin, Skelly & Northwood, 2001). Lyons und Pringle Sprecht (1999) betonen, dass das Personalmanagement ein entscheidender Faktor für den Erfolg der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ ist. Hindernisse, die von Mitarbeitern wahrgenommen werden, sind:

- Unzureichende Betreuung und Unterstützung der Mitarbeiter,
- Unzureichende Monitoringtechniken,
- Unzureichende Anzahl an Personal,
- Fehlschlagen der Auswahl von Bewohnern, die am ehesten von der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ profitieren,
- Nicht regelmäßige Neubewertungen von Personen, bei denen die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ angewandt wird,
- Unzureichende Fortbildung zu Beginn und
- Fehlende betriebliche Weiterbildungsangebote zu dem Programm.

Empfehlung 13.0

Pflegefachpersonen sollten Kenntnis über die regionalen Ressourcen hinsichtlich der beruflichen Weiterentwicklung, Überweisungen und weiterführenden Betreuung haben.

Diskussion der Evidenz

Das Überarbeitungsgremium der RNAO unterstützt die Notwendigkeit für Pflegefachpersonen, sich mit dem Wissen über regionalen Ressourcen vertraut zu machen und dieses aufrechtzuerhalten, um im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit ihre Klienten unterstützen zu können.

Siehe Anhang E mit einer Liste an regionalen Hilfsmitteln und nützlichen Websites.

Institutionsempfehlungen und Direktiven

Empfehlung 14.0

Eine erfolgreiche Umsetzung der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ erfordert:

- Unterstützung durch das Management,
- Möglichkeiten der Fortbildung und Schulung,
- Aktive Einbindung der Schlüsselfiguren im Pflegebereich;
- Schrittweise Umsetzung des Zeitplans der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘,
- Sammlung der initialen Informationen über Klienten, Ressourcen und bereits bestehendes Wissen
- Interpretation dieser Daten und Identifikation von Problemen,
- Entwicklung einer Umsetzungsstrategie und
- Monitoring des Programms.

(Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Das RNAO-Gremium unterstützt die Theorie, dass die erfolgreiche Implementierung dieser Leitlinie am besten durch eine schrittweise Einführung umgesetzt wird, und empfiehlt, dass jeweils nur ein oder zwei Klienten für die Teilnahme ausgewählt werden. Das Gremium empfiehlt außerdem die Wahl eines Klienten mit relativ guter Auffassungsgabe, der Fähigkeit zu kooperieren und mit einem Interesse, das Problem der Inkontinenz anzugehen.

Empfehlung 15.0

Institutionen sind aufgefordert, einen interdisziplinären Team-Ansatz der Kontinenzversorgung zu etablieren. *(Evidenzgrad = IV)*

Diskussion der Evidenz

Der interdisziplinäre Versorgungsansatz für Inkontinenz wird benötigt, um mit diesem Gesundheitsproblem umgehen zu können. Mitglieder des Teams können sein: Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, klinische Apotheker, Ernährungsberater, angelernte Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter, behandelnde Ärzte und Fachärzte. Auch wenn Überschneidungen in einigen Bereichen erkannt werden, ist es wichtig, dass das Team zusammenarbeitet, um jedem Klienten zu helfen, den höchsten Grad an möglicher Kontinenz aufrechtzuerhalten bei gleichzeitiger Förderung der Unabhängigkeit und des Selbstwertgefühls.

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

Physiotherapeuten beurteilen die Mobilität, Transferfähigkeit, das Gleichgewicht und die Körperstärke. Ergotherapeuten beurteilen das körperliche und soziale Umfeld, inklusive der Fähigkeit jedes Klienten, die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, z. B. sich um die Kleidung zu kümmern und den Toilettengang. Klinische Apotheker werden bei der Medikationsbewertung unterstützen und überprüfen, ob Medikamente zur Inkontinenz beitragen könnten. Ernährungsberater werden bei Ernährungsänderungen hinsichtlich Flüssigkeitszufuhr, Koffein und Aufnahme von Ballaststoffen beraten. Sozialarbeiter können die emotionalen Aspekte der Inkontinenz ansprechen, wie z. B.: Unterstützung bei der Finanzplanung für Materialien und Dienstleistungen.

Angelernte Pflegepersonen helfen beim Toilettengang, der Hygiene und dem Umgang mit Inkontinenz. Sie sind häufig die ersten, die Probleme mit Inkontinenz bemerken. Pflegefachpersonen können ein erstes Assessment anfertigen und Verhaltenstherapiepläne entwickeln. Pflege-Kontinenzberater können ein umfassendes zweites Assessment anfertigen und Verhaltenstherapiepläne entwickeln. Der behandelnde Arzt kann an einen der oben genannten Gesundheitsberufe zur Unterstützung im Umgang mit Inkontinenz überweisen. Nach der Überweisung des Klienten muss er über jede konservative Behandlung des Patienten informiert werden. Wenn das Assessment abgeschlossen ist, sind vielleicht weitere Beurteilungen und medizinische oder chirurgische Behandlungen durch einen Facharzt, wie einen Urologen oder Gynäkologen, für den Klienten notwendig. Die Kommunikation zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe ist wichtig, um dieses Gesundheitsproblem zu erkennen und damit umzugehen.

Empfehlung 16.0

Die Best-Practice-Leitlinien für die Pflege können nur dort am effektivsten umgesetzt werden, wo es eine konsequente Planung, Ressourcen, Unterstützung durch die Institution und Verwaltung sowie eine starke Begleitung des Veränderungsprozesses durch erfahrene Prozessbegleiter gibt. Die Umsetzung der Leitlinie muss ebenso die örtlichen Umstände berücksichtigen und sollte durch ein aktives Ausbildungs- und Schulungsprogramm verbreitet werden. Dafür hat die RNAO (vertreten durch ein Gremium von Pflegefachpersonen, Pflegeforschern und Verwaltungskräften) das Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines (Toolkit: Umsetzung der klinischen Leitlinien) auf Grundlage der vorhandenen Evidenz, theoretischen Perspektiven und des Konsenses entwickelt. Das Toolkit wird für eine begleitende Umsetzung der Best-Practice-Leitlinien für die Pflege *Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung* der RNAO empfohlen. (Evidenzgrad = IV)

Diskussion der Evidenz

Die RNAO (durch ein Gremium von Pflegefachpersonen, Pflegeforschern und Verwaltungskräften) hat das Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines (Toolkit: Umsetzung der klinischen Leitlinien, RNAO 2002) auf Grundlage der vorhandenen Evidenz, theoretischen Perspektiven und des Konsenses entwickelt. Das Toolkit wird für eine begleitende Umsetzung der Leitlinie *Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung* der RNAO empfohlen. Die erfolgreiche Implementierung der Best-Practice-Leitlinien erfordert einen strukturierten, systematischen Planungsprozess und eine starke Führung von Pflegefachpersonen, die in der Lage sind, evidenzbasierte Empfehlungen in Direktiven und Verfahren umzusetzen, die einen Einfluss auf die pflegerische Praxis innerhalb der Organisation haben. Dieser konzeptuelle Rahmen wird darüber hinaus durch Rycroft-Malone und Kollegen (2002) unterstützt, die vorgeschlagen haben, dass eine erfolgreiche Implementierung von Evidenz in die Praxis das Zusammenspiel von drei Schlüsselementen erfordert: (1) Evidenz, (2) der umfeldbezogene Kontext und (3) die Förderung der Umsetzung.

Das RNAO-Toolkit (2002) bietet ein strukturiertes Modell für die Umsetzung in die Praxis. Bitte beachten Sie *Anhang F* und die Beschreibung des Toolkits.

Forschungslücken und zukünftige Implikationen

Das Überarbeitungsgremium hat bei der Überprüfung der Evidenz für die Aktualisierung dieser Leitlinie mehrere Lücken in der Forschungsliteratur hinsichtlich der Maßnahme ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ identifiziert. In Berücksichtigung dieser Lücken hat das Gremium die folgenden Forschungsprioritäten ermittelt:

- die erforderliche Unterstützung für die erfolgreiche Implementierung der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘,
- die Rolle des Teams der Gesundheitsversorgung bei der Kontinenzversorgung,
- die Auswirkungen der Inkontinenz auf die Lebensqualität der älteren Erwachsenen,
- die Notwendigkeit der Verfeinerung von Assessment-Tools für die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ in der täglichen Praxis.

Obwohl die obige Liste nicht vollständig ist, ist sie ein Versuch, die riesige Menge an Forschung zu identifizieren und priorisieren, die auf diesem Gebiet notwendig ist. Manche der Empfehlungen der Leitlinie basieren auf Evidenz, die aus experimenteller Forschung gewonnen wurde. Andere Empfehlungen basieren auf Konsens oder Expertenmeinung. Weitere inhaltliche Forschung ist notwendig, um die Expertenmeinungen zu validieren. Die Steigerung der Forschung kann das Wissen beeinflussen, das zu einer verbesserten Pflegepraxis und Outcomes für die Klienten mit Harninkontinenz führt.



Evaluation und Monitoring der Leitlinie

Die Institutionen, die die Empfehlungen dieser Best-Practice-Leitlinie umsetzen, werden aufgefordert zu beachten, wie die Implementierung und ihre Auswirkungen überwacht und evaluiert werden. Die folgende Tabelle basiert auf einer Struktur aus dem RNAO-Hilfsmittel: *Umsetzung der klinischen Leitlinien* (2002) und veranschaulicht einige Indikatoren für die Überwachung und Evaluation.

Ebene des Indikators	Struktur	Prozess	Outcome
Ziele	Die in der Institution verfügbaren Unterstützungsangebote zu evaluieren, die es Pflegefachpersonen erlauben, die Interventionen für die 'Aufforderung zur Blasenentleerung' zu implementieren. Die verfügbaren Unterstützungsangebote der Institution zu evaluieren, die es Pflegefachperson erlauben, die Leitlinie zu implementieren.	Die Veränderungen in der Praxis zu evaluieren, die zur Implementierung der Interventionen der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' führen.	Die Auswirkungen der Implementierung dieser Leitlinie zu evaluieren.
Institution/ Abteilung	Vorhandensein von relevanten Direktiven und Verfahren. Anzahl und Art der Weiterbildungsmöglichkeiten. Verfügbarkeit von Ressourcen der Klientenschulung, die im Einklang mit den Empfehlungen der Best-Practice-Leitlinien sind. Ermittlung und Bereitstellung von ausreichender Finanzierung/Personal, um die Implementierung und die Aufrechterhaltung der Veränderungen in der Praxis zu unterstützen. Kontinuierliche Investitionen in die Ausbildung des Personals, um eine verbesserte hochwertige Versorgung der älteren Erwachsenen mit Inkontinenz zu leisten. Bereitstellung von erreichbaren Fachkräften, die von Pflegenden als fortwährende Unterstützung nach der ersten Implementierungsphase konsultiert werden können. Verfügbarkeit von Formularen, die bei der Dokumentation von Assessment, Interventionen, Evaluation von Pflegeinterventionen bezüglich der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' unterstützen.	Veränderung von Direktiven und/oder Verfahren, so dass sie den Empfehlungen der Best-Practice-Leitlinien entsprechen. Entwicklung von Formularen oder Dokumentationssystemen, die die Dokumentation des klinischen Kontinenz-Assessments unterstützen und konkrete Prozesse für die Überweisung von Patienten enthalten, wenn Pflegefachpersonen das Assessment durchführen. Die Teilnahmequoten an den Lernmöglichkeiten und Ausschüssen.	Direktiven und Verfahren bezogen auf die Anwendung der Interventionen der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' sind im Einklang mit der Leitlinie. Ein Orientierungsprogramm mit Inhalten bezüglich des Kontinenzmanagements. Interne und externe Überweisungen. Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der geleisteten Unterstützung/dem Prozess

Ebene des Indikators	Struktur	Prozess	Outcome
Pflegefachperson	Prozentuale Anteile der Vollzeit, Teilzeit und Gelegenheits Pflegefachpersonen, die an Schulungen zur Best-Practice-Leitlinie 'Aufforderung zur Blasenentleerung' teilnehmen.	Selbsteinschätzung der Kenntnisse der Pflegefachpersonen: ■ Risikofaktoren für Harninkontinenz ■ Kontinenzassessment ■ 'Aufforderung zur Blasenentleerung' ■ Individualisierte Toilettengänge ■ Die Auswirkungen von kognitiven Einschränkung auf die Fähigkeit, kontinent zu sein. ■ Der Zusammenhang zwischen Darmhygiene und einer gesunden Blasenfunktion ■ Die Anwendung eines Ausscheidungsprotokolls mit individualisiertem Toilettengang Prozentualer Anteil an Pflegefachpersonen, die in Selbstauskunft über ausreichende Kenntnis von Kontinenzmanagementstrategien und Überweisungsmöglichkeiten für Klienten, die weitere Untersuchungen benötigen, berichten. Ausreichende Dokumentation der Pflegeinterventionen und die Klientenreaktionen. Anzahl der Schulungen von geeigneten Klienten. Bewusstsein für und Einhaltung von einschlägigen Direktiven und Verfahren.	Nachweis der Dokumentation in der Klientenakte entspricht den Empfehlungen der Leitlinie: - Kontinenzassessment - Ausscheidungsprotokoll - Pflegeplan Einen aktuellen Kontinenzplan für alle inkontinente Patienten verfügbar haben. Nachweis eines Hochrisiko-Screenings und detaillierten Assessments der Kontinenzfähigkeit entsprechen der Best-Practice. Veränderungen der Kenntnisse von Pflegefachpersonen in Bezug zur Maßnahme 'Aufforderung zur Blasenentleerung'. Veränderung der Einstellungen und Annahmen von Pflegefachpersonen über ihre Rolle in der Kontinenzversorgung. Anteil von Pflegefachpersonen, die sich an Patientenschulungen beteiligen.
Klient/ Familie	Prozentualer Anteil der Klienten mit einem der Grade von Harninkontinenz.	Prozentualer Anteil der Klienten und/oder Familien, die Schulungen und Unterstützung für das Kontinenzmanagement erhielten.	Reduzierung der Hautschäden verbunden mit Inkontinenz. Reduzierung der Anzahl der identifizierten Klienten, die ein Kontinenzproblem haben, aber keine ermittelte Pflegeplanung. Erhöhte Lebensqualität der Klienten. Reduzierung der Anzahl und Schwere der Harnwegsinfektionen. Reduzierung der Anzahl der Inkontinenzepisoden pro Tag und eine entsprechende Erhöhung der Anzahl an kontinenten Blasenentleerungen. Erhöhte Kundenzufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung.

Ebene des Indikators	Struktur	Prozess	Outcome
Finanzieller Aufwand	Bereitstellung von ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen für die Leitlinienimplementierung.	Kosten bezogen auf die Implementierung der Leitlinie: ■ Schulung und Zugriff auf Unterstützungsmittel am Arbeitsplatz. ■ Neue Dokumentations-Tools. ■ Unterstützungssysteme. ■ Evaluierungskosten. Kosten für den Besuch von Folgeschulungen, Weiterbildung (direkt und indirekt).	Insgesamte Ressourcennutzung. Reduzierung der Kosten für Kontinenzprodukte. Kosten des Schulungsmaterials für Klienten (Entwicklung, Produktion, Anschaffung). Kosten der Erstausbildung und laufende Unterstützung. Kosten der Überwachung der Leitlinienumsetzung.

Implementierungsstrategien

Die **Registered Nurses' Association of Ontario** und das Leitlinien-Überprüfungsgremium haben eine Liste mit Implementierungsstrategien zusammengestellt, um Gesundheitseinrichtungen oder -disziplinen, die an einer Implementierung dieser Leitlinie interessiert sind, zu unterstützen. Eine Zusammenfassung dieser Strategien lautet wie folgt:

- Es sollte mindestens eine engagierte Person z. B. eine Pflegefachperson (*clinical resource nurse*) vor Ort sein, die für Support, klinische Expertise und Führung zur Verfügung steht. Diese Person sollte auch über gute zwischenmenschliche, Moderations- und Managementfähigkeiten verfügen.
- Führen Sie eine Bedarfsanalyse in ihrer Organisation hinsichtlich der Kontinenzförderung mit der Maßnahme 'Aufforderung zur Blasenentleerung' durch, um den aktuellen Kenntnisstand und den weiteren Fortbildungsbedarf zu ermitteln.
- Eine erste Bedarfsanalyse kann einen Analyseansatz enthalten, eine Umfrage und einen Fragebogen, einen Gruppenansatz (z. B. Fokusgruppen) und kritische Ereignisse.
- Richten Sie eine Steuerungsgruppe ein, die sich aus wichtigen Schlüsselvertretern und interdisziplinären Mitgliedern besteht, die sich der Initiative für die Veränderung verschrieben haben. Bestimmen Sie kurzfristige und langfristige Ziele. Führen Sie einen Arbeitsplan, um die Aktivitäten, Verantwortlichkeiten und Zeitpläne zu verfolgen.
- Entwickeln Sie eine Vision hinsichtlich der Veränderungsanstrengungen und entwickeln Sie Strategien, um diese Vision zu erreichen und zu erhalten.

- Im Programmentwurf sollte enthalten sein:
 - Zielgruppe;
 - Programmziele;
 - Outcome-Messungen;
 - erforderliche Ressourcen (Personal, Räume, Ausstattung) und
 - Evaluierungen.
- Bieten Sie Fortbildungsveranstaltungen und laufende Unterstützung der Implementierung an, eine Kernunterrichtseinheit von 2–3,5 Stunden, die das Inkontinenzproblem und die Rolle der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ behandeln. Die Ausbildung sollte sich auf die in dieser Leitlinie enthaltenen Empfehlungen beziehen. Die Ausbildung könnte Präsentationen, einen Leitfaden für die Prozessbegleitung, Handouts und Fallstudien enthalten. Ordner, Poster und Taschenkarten mit Fortbildungsinhalten können als laufende Erinnerung an die Schulung verwendet werden. Planen Sie interaktive Schulungsveranstaltungen, die Problemlösungen enthalten, sprechen Sie aktuelle Probleme an und bieten Sie Möglichkeiten für die Anwendung der neuen Fähigkeiten (Davies & Edwards, 2004).
- Stellen Sie organisatorische Unterstützungen zur Verfügung, wie z. B. die Umsetzung der Strukturen, die die Implementierung erleichtern. Stellen Sie zum Beispiel Ersatzpersonal ein, so dass die Teilnehmer nicht von Sorgen über die Arbeit abgelenkt werden und haben Sie eine Institutionsphilosophie, die den Wert der Best-Practice durch Direktiven und Verfahren widerspiegelt. Entwickeln Sie neue Assessment- und Dokumentations-Tools (Davies & Edwards, 2004).
- Implementieren Sie diese Leitlinie jeweils mit einem oder zwei Klienten.
- Ernennen und unterstützen Sie ausgewiesene Best-Practice-Champions auf jeder Station, um die Implementierung zu fördern und zu unterstützen. Feiern Sie Meilensteine und Leistungen, die die geleistete Arbeit anerkennen (Davies & Edwards, 2004).
- Institutionen, die diese Leitlinie implementieren, sollten eine Reihe von Strategien des Selbststudiums, Gruppenlernens, der Anleitung durch Mentoren und Bestärkung einsetzen, die im Laufe der Zeit das Wissen und das Vertrauen der Pflegefachpersonen in die Implementierung dieser Leitlinie aufbauen werden.
- Teamwork, gemeinschaftliches Assessment und Behandlungsplanungen mit dem Klienten und der Familie sowie durch interdisziplinäre Zusammenarbeit sind förderlich. Es ist wichtig, sich der Ressourcen bewusst zu sein und die zu nutzen, die im Gemeinwesen verfügbar sind. Ein Beispiel dafür wäre das Verbinden und Entwickeln von Partnerschaften mit regionalen Geriatrieprogrammen für den Überweisungsprozess.
- Das RNAO’s Advanced/Clinical Practice Fellowship (ACPF)-Projekt ist eine weitere Ressource, bei der sich Pflegefachpersonen in Ontario für ein Stipendium bewerben können und dabei die Gelegenheit haben, mit einem Mentor zusammenzuarbeiten, der klinisches Fachwissen über Kontinenz hat. Mit der ACPF hat die Pflege-Stipendiatin außerdem die Gelegenheit, mehr über neue Ressourcen zu erfahren.

Zusätzlich zu den oben genannten Strategien hat die RNAO Ressourcen entwickelt, die auf der Website verfügbar sind. Ein *Hilfsmittel* für die Implementierung von Leitlinien kann hilfreich sein, wenn es richtig angewendet wird. Eine kurze Beschreibung dieses *Hilfsmittels* kann im *Anhang F* gefunden werden. Eine vollständige Version des Dokuments im pdf-Format ist ebenso auf der RNAO-Website verfügbar unter www.rnao.org/bestpractices.

Aktualisierungsprozess/Überprüfung der Leitlinie

Die Registered Nurses' Association of Ontario schlägt vor, diese Best-Practice-Leitlinie wie folgt zu aktualisieren:

1. Jede Best-Practice-Leitlinie für die Pflege wird durch ein Team von Spezialisten (Review Team) in diesem Bereich alle drei Jahre nach den letzten Überarbeitungen überprüft.
2. Während dieses Dreijahreszeitraumes zwischen der Entwicklung und Überarbeitung werden Mitarbeiter des RNAO-Best-Practice-Leitlinienprogramms für die Pflege dieses Thema regelmäßig nach relevanter Literatur überprüfen.
3. Basierend auf den Ergebnissen der Überprüfung können die Mitarbeiter des Programms einen kürzeren Überarbeitungszeitraum empfehlen. Entsprechende Rücksprachen mit einem Team aus Mitgliedern des ursprünglichen Gremiums und anderen Spezialisten auf diesem Gebiet werden dazu beitragen, die Entscheidung für eine Überprüfung und Überarbeitung dieser Leitlinie früher als in dem Dreijahresrhythmus zu treffen.
4. Drei Monate vor Ablauf des Dreijahreszeitraums werden die Mitarbeiter des Programms mit der Planung des Überprüfungsprozesses beginnen, indem Sie:
 - a. Spezialisten auf dem Gebiet einladen, in dem Überprüfungsteam mitzuarbeiten. Das Überprüfungsteam wird sowohl aus Mitgliedern des ursprünglichen Gremiums als auch aus anderen empfohlenen Spezialisten zusammengesetzt sein.
 - b. Erhaltenes Feedback, aufgetretene Fragen während der Verbreitungsphase sowie andere Kommentare und Implementierungserfahrungen der Institutionen zusammentragen.
 - c. Neue klinische Praxisleitlinien auf diesem Gebiet, systematische Reviews, Metaanalysen, technische Reviews und randomisierte kontrollierte Versuchsstudien und andere relevante Literatur zusammentragen.
 - d. Einen detaillierten Arbeitsplan mit Fristen für Abgaben entwickeln.

Die überarbeitete Leitlinie wird der Verbreitung basierend auf etablierten Strukturen und Prozessen unterzogen

Literatur

- Alderson, P., Green, S., & Higgins, J. (Eds.) (2004). Cochrane Reviewer's Handbook 4.2.2 (updated Dec. 2003). [Electronic version]. Available: <http://www.cochrane.org/resources/handbook>
- American Heritage (2000). American heritage dictionary of the English language. Bartleby.com [Electronic version]. Available: www.bartleby.com
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C. & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Canadian Continence Foundation (1998). Bringing incontinence OUT of the closet: Exploring innovative partnerships: Summary of workshop proceedings, Toronto, Ontario, March 27-28, 1998. [Electronic version]. Available: www.continence-fdn.ca
- Cheater, F. M. (1992). Nurses' educational preparation and knowledge concerning continence promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 328-338.
- Chidester, C. J. & Spangler, A. A. (1997). Fluid intake in the institutionalized elderly. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(1), 23-30.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. & Moran, S. (1997). Appraisal instrument for clinical practice guidelines. St. George's Hospital Medical School, England [Electronic version]. Available: <http://www.sghms.ac.uk/phs/hceu>
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Dyer, J. A. (2003). Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary education models and nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 24(4), 186-188.
- Engberg, S., Sereika, S. M., McDowell, J., Weber, E., & Brodak, I. (2002). Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29(5), 252-65.
- Eustice, S., Paterson, J. & Roe, B. (1999). Prompted voiding for urinary incontinence in adults (Protocol). *The Cochrane Library*, (4), 1-5. [Electronic version]. Available: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002113.htm>
- Eustice, S., Roe, B., & Paterson, J. (2004). Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Garner, J. G. (1995). *Teamwork models and experience in education*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gaspar, M.P. (1988). What determines how much patients drink? *Geriatric Nursing*, 9(4), 221-224.
- Holroyd-Leduc, J. M. & Strauss, S. E. (2004). Management of urinary incontinence in women: Scientific review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291(8), 986-995.
- Hutchinson, S., Leger-Krall, S., & Skodol Wilson, H. (1996). Toileting: A biobehavioral challenge in Alzheimer's dementia care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(10), 18-27.
- Lyons, S. S. & Pringle Specht, J. K. P. (1999). Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol.
- In M. G. Titler (Series Ed.). Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Translation and Dissemination Core.
- Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence. In J. M. Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp.28-45). Thousand Oaks, Sage.
- McCormick, A. K., Burgio, D. L., Engel, T. B., Scheve, A. & Leahy, E. (1992). Urinary incontinence: An augmented prompted void approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(3), 3-9.

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

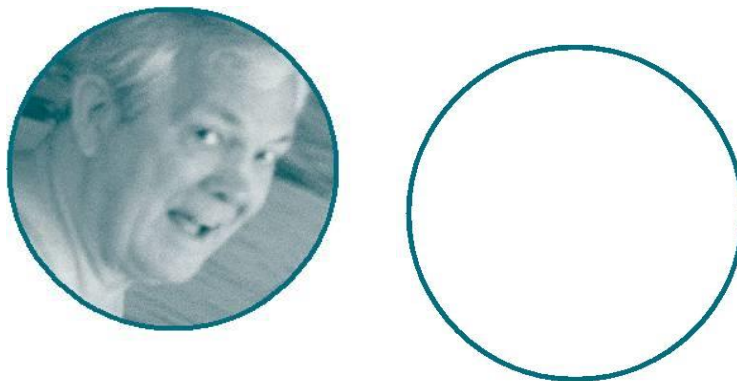
- National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council [Electronic version]. Available: www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf
- Northwood, M. (2004). Nurses experiences' caring for persons with incontinence. Unpublished masters' thesis, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
- Ontario Public Health Association (OPHA) (1996). *Making a Difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Canada: Government of Ontario.
- Ouslander, J. G., Schnelle, F. J., Uman, G., Fingold, S., Nigam, G. J., Tuico, E. & Jensen, B.B. (1995). Predictors of successful prompted voiding among incontinent nursing home residents. *Journal of the American Medical Association*, 273(17), 1366-1370.
- Palmer, M. H. (1995). Nurses' knowledge and beliefs about continence interventions in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1065-1072.
- Peet, M. S., Castleden, M. C., McGrother, W. C. & Duffin, M. H. (1996). The management of urinary incontinence in residential and nursing homes for older people. *Age and Ageing*, 25(2), 139-143.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002). *Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2003). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2004). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2005). *Prevention of Constipation in the Older Adult Population*. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et al., (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety Health Care*, 11(2), 174-180.
- Salsbury Lyons, S. & Pringle Specht, J. K. (2001). Evidence-based protocol: Prompted voiding for persons with urinary incontinence. In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.
- Sansevero, C. A. (1997). Dehydration in the elderly: Strategies for prevention and management. *The Nurse Practitioner*, 22(4), 41-72.
- Schnelle, J. F., Traugher, B., Sowell, A. V., Newman, R. D., Petrill, O. C. & Ory, M. (1989). Prompted voiding treatment of urinary incontinence in nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(11), 1052-1057.
- Schnelle, J. F. (1990). Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 356-360.
- Schnelle, J. F., MacCrae, G. P., Ouslander, G. J., & Sui, L. A. (1995). Functional incidental training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(12), 1356-1363.
- Skelly, J., Eyles., Boblin-Cummings, S. & Davis, H. (1998). *Promoting continence care in Canada*. Custom Courseware, McMaster University, Hamilton.
- Sui, H., Schindel Martin, L., Skelly, J., & Northwood, M. (2001). Caring for incontinent residents. *Long Term Care*, 11(4), 7-12.
- Walters, D. M. & Realini, P. J. (1992). The evaluation and treatment of urinary incontinence in women: A primary care approach. *Journal of the American Board of Family Practice*, 5(3), 289-301.
- Wyman, J. F. (2003). Treatment of urinary incontinence in men and older women: The evidence shows the efficacy of a variety of techniques. *American Journal of Nursing*, (Suppl), 26-31, 33-5, 54-6.
- Zembruski, D.C. (1997). A three-dimensional approach to hydration of elders: Administration, clinical staff, and in-service education. *Geriatric Nursing*, 18(1), 20-26.

Bibliographie

- Borrie, M. J. & Valiquette, L. (2002). Managing adults with urinary incontinence. Clinical practice guidelines. *Canadian Family Physician*, 48, 114-116.
- Collette, C., Leclerc, G., & Tu, L. M. (2003). Research leadership. Effectiveness of a geriatric urinary incontinence educational program for nursing staff. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(4), 99-109.
- Connell, R. B. & Wolf, L. S. (1997). Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 78, 179-186.
- Cooper, G. & Watt, E. (2003). An exploration of acute care nurses' approach to assessment and management of people with urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 30(6), 305-13.
- Criner, J. A. (2001). Urinary incontinence in a vulnerable population: Older women. *Seminars in Perioperative Nursing*, 10, 33-37.
- Dallosso, H. M., McGrother, C. W., Matthews, R. J., Donaldson, M. M., Leicestershire, M. R. C. & Incontinence Study Group. (2003). The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. *British Journal of Urology International*, 92, 69-77.
- Dougherty, M. C., Dwyer, J. W., Pendergast, J. F., & Boyington, A. R., Tomlinson, B. U., Coward, R. T. et al. (2002). A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women. *Research in Nursing & Health*, 25(1), 3-13.
- Doughty, D. B. (2003). Promoting continence: Simple strategies with major impact. *Ostomy Wound Management*, 49, 46-52.
- Emery, S., Hunskaar, S., & Jeyaseelan, S. (1999). Electrical stimulation for urinary incontinence in women (Protocol). *The Cochrane Library*, (4), 1-5. [Electronic version]. Available: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002113.htm>
- Frantz, R. A., Xakellis Jr., G. C., Harvey, P. C., & Lewis, A. R. (2003). Implementing an incontinence management protocol in long-term care: Clinical outcomes and costs. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(8), 46-53.
- Frazer, M., Lose, G., Kozman, E., Boos, K., & Tincello, D. (1999). Mechanical devices for urinary incontinence in adult women [Protocol]. *The Cochrane Library* (4), 1-6.
- Glenn, J. (2003). Restorative nursing bladder training program: Recommending a strategy. *Rehabilitation Nursing*, 28(1), 15-22.
- Gnanadesigan, N., Saliba, D., Roth, C. P., Solomon, D. H., Chang, J. T., Schnelle, J. et al. (2004). The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5, 141-146.
- Gray, M. & Krissovich, M. (2003). Evidence-based report card from the Center for Clinical Investigation. Does fluid intake influence the risk for urinary incontinence, urinary tract infection, and bladder cancer? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 30(3), 126-31.
- Hodgkinson, B., Evans, D., & Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 9(Suppl 3), S19-28.
- Jirovec, M. M. & Templin, T. (2001). Predicting success using individualized scheduled toileting for memory-impaired elders at home. *Research in Nursing & Health*, 24(1), 1-8.
- Johnson II, T. M., Ouslander, J. G., Uman, G. C., & Schnelle, J. F. (2001). Urinary incontinence treatment preferences in long-term care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(6), 710-718.
- Mason, M. & Tully, S. (2002). Urinary incontinence in the older acute care population: Effects of knowledge, attitudes and beliefs of nurses on continence management. *Perspectives*, 26, 4-9.
- Minassian, V. A., Drutz, H. P., & Al Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 82, 327-338.
- Moore, K. H., O'Sullivan, R. J., Simons, A., Prashar, S., Anderson, P., & Louey, M. (2003). Randomised controlled trial of nurse continence advisor therapy compared with standard urogynaecology regimen for conservative incontinence treatment: Efficacy, costs and two year follow up. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(7), 649-57.
- Moore, K. N., Saltmarche, B., & Query, A. (2003). Urinary incontinence. Non-surgical management by family physicians. *Canadian Family Physician*, 49, 602-610.

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

- Mueller, C. & Cain, H. (2002). Comprehensive management of urinary incontinence through quality improvement efforts. *Geriatric Nursing*, 23, 82-87.
- Ostaszkiwicz, J., Johnston, L., & Roe, B. (2004a). Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Ostaszkiwicz, J., Johnston, L., & Roe, B. (2004b). Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Ouslander, J. G., Al Samarrai, N., & Schnelle, J. F. (2001). Prompted voiding for nighttime incontinence in nursing homes: Is it effective? *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(6), 706-709.
- Roe, B., Williams, K. & Palmer M. (1999). Bladder training for urinary incontinence. *The Cochrane Library*, (3), 1-8 [Electronic version]. Available: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002113.htm>
- Schnelle, J. F., Cadogan, M. P., Yoshii, J., Al Samarrai, N. R., Osterweil, D., Bates-Jensen, B. M. et al. (2003). The minimum data set urinary incontinence quality indicators: Do they reflect differences in care processes related to incontinence? *Medical Care*, 41, 909-22.
- Schnelle, J. F., Keeler, E., Hays, D. R., Simmons, F. S., Ouslander, G. J., & Siu, L. A. (1995). A cost and value analysis of two interventions with incontinent nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(10), 1112-1117.
- Schnelle, J. F. & Leung, F. W. (2004). Urinary and fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology*, 126, Suppl-7.
- Schnelle J. F., Ouslander, G. J., Newman, R. D., McNees, P. M., White, M. & Bates-Jenson, M. B. (2001). *Selecting patients for toileting programs: A computerized assessment and management system*, 187-195.
- Sisters of Charity of Ottawa Health Services – Nursing Services (1996). *Clinical practice guidelines: Bowel hygiene*. Ottawa, Canada: Sisters of Charity of Ottawa Health Services.
- Specht, J. K. P., Lyons, S. S., & Maas, M. L. (2002). Patterns and treatments of urinary incontinence on special care units. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(5), 13-21.
- The University of York (1999). Getting evidence into practice. Effective Health Care Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers [Electronic version]. Available: <http://www.york.ac.uk/inst/crd5.2-160965-0288>
- Titler, G. M., Menten, C. J., Rakel, A. B., & Bauml, S. (1999). From book to bedside: Putting evidence to use in the care of the elderly. *Journal on Quality Improvement*, 25(10), 545-556.
- Towers, L. A., Burgio, L. K., Locher, L. J., Merkel, S. I., Safaeian, M., & Wald, A. (1994). Constipation in the elderly: Influence of dietary, psychological, and physiological factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(7), 701-706.
- Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Haltbakk, J., Bohm, J., & Hunskaar, S. (2001). Healthcare personnel's attitudes towards patients with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 455-461.
- Wilson, L. (2003). Continence and older people: The importance of functional assessment. *Nursing Older People*, 15, 22-28.



Anhang A: Suchstrategien für vorhandene Evidenz

Die für die Überarbeitung dieser Leitlinie verwendete Suchstrategie richtete sich auf zwei Schlüsselbereiche. Der erste war die Identifizierung neuer Leitlinien, die über Kontinenz seit der ursprünglichen Leitlinie aus dem Jahr 2002 veröffentlicht wurden, und der zweite bestand darin, systematische Reviews und Primärstudien, die in den Jahren 2001 bis 2004 veröffentlicht wurden, zu identifizieren.

Schritt 1 – Datenbanksuche

Eine Datenbanksuche nach vorhandener Evidenz für Kontinenz wurde durch einen universitären Bibliothekar der Gesundheitswissenschaften durchgeführt. Eine erste Suche nach zwischen 2001 und 2004 veröffentlichten Leitlinien und Studien wurde im August 2004 in den Datenbanken Medline-, Embase- und CINAHL durchgeführt. Diese Suche war so strukturiert, dass sie die folgenden klinischen Fragen beantworten kann:

- Was sind die Einflussfaktoren oder Prädiktoren einer erfolgreichen ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ bei älteren Menschen?
- Was ist die Evidenz für die Intervention ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’?
- Wer kann von der Intervention ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ profitieren?
- Welche gleichzeitigen/zusätzlichen Strategien können den Erfolg der Intervention ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ beeinflussen?
- Wie können Pflegefachperson und andere Gesundheitsanbieter über die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ geschult werden? Was sollte das Fortbildungsprogramm enthalten?
- Welche Unterstützungen sind für die erfolgreiche Implementierung der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ erforderlich?
- Was sind die Faktoren für ein erfolgreiches Implementierungsprogramm der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’?

Detaillierte Suchketten, die entwickelt wurden, um diese Fragen zu beantworten, sind auf der RNAO-Website verfügbar unter www.rnao.org/bestpractices.

Schritt 2 – Strukturierte Website-Suche

Eine Person suchte im Juli 2004 mithilfe einer etablierten Liste von Websites nach Inhalten zum Themenbereich. Diese Website-Liste, geprüft und aktualisiert im Mai 2004, wurde basierend auf dem bestehenden Wissen von Evidence-based Practice-Websites, bekannten Leitlinienentwicklern und Empfehlungen aus der Literatur zusammengestellt. Das Vorhandensein oder Fehlen von Leitlinien und das Suchdatum wurden für jede Website notiert. Auf den Websites selbst waren manchmal keine Leitlinien enthalten, aber es gab Links zu anderen Websites oder Quellen, wo Leitlinien abgerufen werden konnten. Die Leitlinien wurden entweder heruntergeladen, wenn Vollversionen vorhanden waren, oder sie wurden per Telefon oder E-Mail bestellt.

- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahcpr.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment: <http://www.ahfmr.ab.ca/hta>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: <http://www.albertadoctors.org>
- American College of Chest Physicians: <http://www.chestnet.org/guidelines>
- American Medical Association: <http://www.ama-assn.org>
- Bandolier Journal: <http://www.ir2.ox.ac.uk/bandolier>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>
- British Medical Journal – Clinical Evidence: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

- Canadian Centre for Health Evidence: <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Canadian Cochrane Network and Centre: <http://cochrane.mcmaster.ca>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca>
- Canadian Institute of Health Information: <http://www.cihi.ca>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: <http://www.ctfphc.org>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>
- Centre for Evidence-Based Nursing: <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy: <http://www.aston.ac.uk/lhs/teaching/pharmacy/cebp>
- Centre for Health Evidence: <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Centre for Health Services and Policy Research: <http://www.chspr.ubc.ca>
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews: <http://www.update-software.com/cochrane>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): <http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org>
- Guidelines Advisory Committee: <http://gacguidelines.ca>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement: <http://www.icsi.org/index.asp>
- Institute of Child Health: <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
- Joanna Briggs Institute: <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com: <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Medscape Women's Health: <http://www.medscape.com/womenshealthhome>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE): <http://www.nice.org.uk>
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT): <http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
- Netting the Evidence: A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet: <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination: <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHS Nursing & Midwifery Practice Dev. Unit: <http://www.nmpdu.org>
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme: <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>
- NIH Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov/about/about.htm>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Queen's University at Kingston: <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>
- Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians: <http://www.rcplondon.ac.uk>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing: <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines: http://www.sogc.medical.org/sogcnet/index_e.shtml
- SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu>

- The Qualitative Report: <http://www.nova.edu/ssss/QR>
- Trent Research Information Access Gateway: <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
- TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com>
- U.S. Preventive Service Task Force: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- University of Laval – Directory of Clinical Information Websites: <http://132.203.128.28/medecine>

Schritt 3 – Websuche mit einer Suchmaschine

Eine Website-Suche nach Praxisleitlinien über die Kontinenzförderung durch die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ wurde mit der Suchmaschine "Google" durchgeführt, dabei wurden Schlüsselsuchbegriffe verwendet. Eine Person führte die Suche durch, notierte die Ergebnisse der Suche, die durchsuchten Websites, das Datum und eine Zusammenfassung der Ergebnisse. Die Suchergebnisse wurden anschließend von einer zweiten Person überprüft, die vorher nicht abgefragte Leitlinien und Literatur identifizierte.

Schritt 4 – Handsuche/Beiträge des Gremiums

Zusätzlich wurden die Gremiumsmitglieder aufgefordert, ihre persönlichen Archive nach Leitlinien zu durchsuchen, die zuvor nicht durch die obige Suchstrategie gefunden wurden. Die Ergebnisse dieser Strategie förderten keine weiteren zusätzlichen klinischen Praxisleitlinien zu Tage.

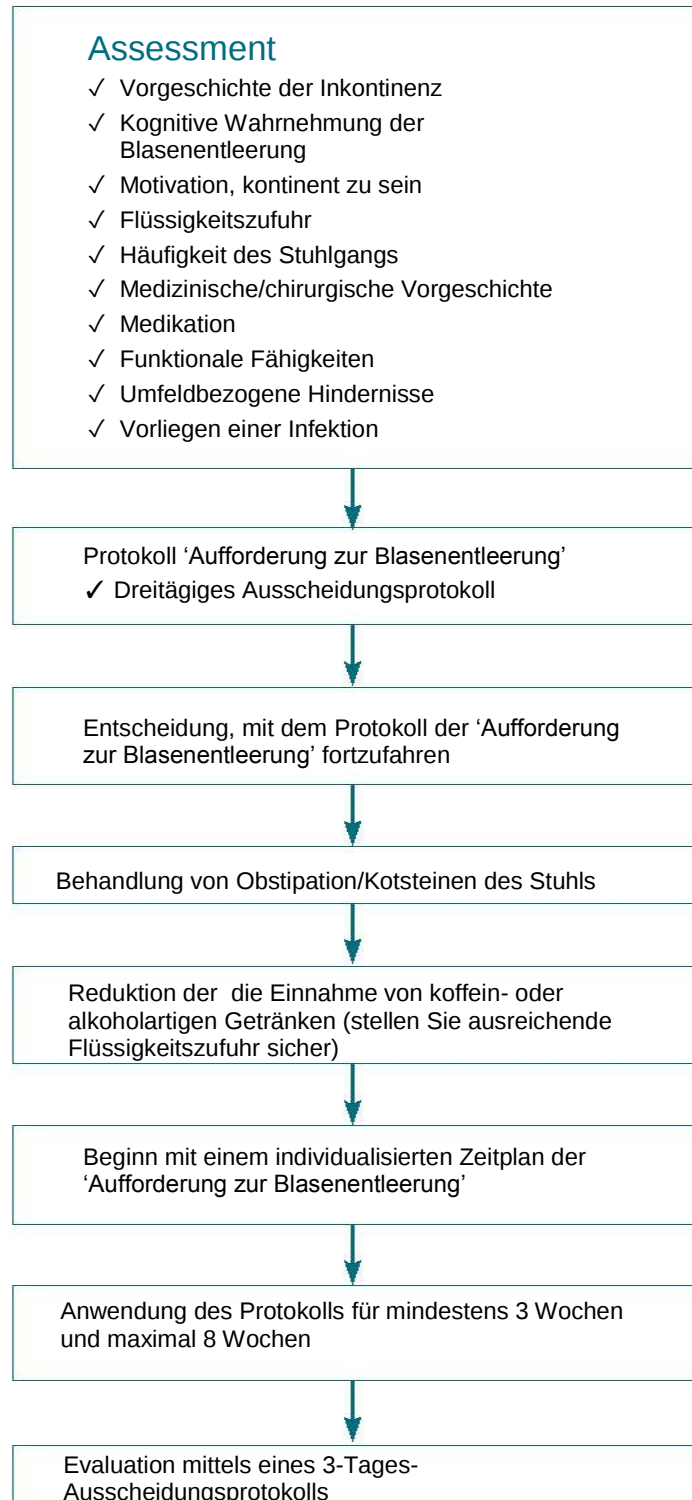
Suchergebnisse:

Die oben beschriebene Suchstrategie resultierte in 140 Abstracts über Kontinenz. Diese Abstracts wurden dann durch einen Forschungsassistenten entsprechend der Einschluss-/Ausschlusskriterien überprüft. Insgesamt 31 Abstracts wurden für eine Artikelbeschaffung und Qualitätseinschätzung identifiziert. Die Qualitätsbewertung wurde durch eine Pflegefachperson mit Masterabschluss mit Fachwissen in der Qualitätsbeurteilung durchgeführt. Das für die Ausführung dieser Arbeit verwendete Tool wurde vom Effective Public Health Practice Project (EPHPP) für die Beurteilung von quantitativen Studien entwickelt.

Darüber hinaus wurde eine kürzlich veröffentlichte klinische Praxisleitlinie für eine Review identifiziert und in dieser Leitlinie mitberücksichtigt:

- Salsbury Lyons, S. & Pringle Specht, J. K. (2001). Evidence-based protocol: Prompted voiding for persons with urinary incontinence. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults. Iowa City, IA: The University of Iowa Nursing College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Anhang B: Schematische Darstellung der Kontinenzförderung mittels ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’



Anhang C: Personen, die wahrscheinlich von der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ profitieren werden

Die folgenden Faktoren können mit der Empfänglichkeit der Person für die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ zusammenhängen:

- Erkennen der Notwendigkeit, die Blase zu entleeren
- Hohe Anzahl an selbst initiierten Bitten, die Toilette zu benutzen
- Fähigkeit, erfolgreich die Blase bei Unterstützung auf der Toilette zu entleeren
- Fähigkeit, selbstständig umherzulaufen
- Kognitiv gesund, und
- Höhere Abschlussraten der zugewiesenen Ausbildungsveranstaltungen über die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ durch den Leistungserbringer.

Der beste Prädiktor für die Reaktion einer Person auf die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ ist sein Erfolg während der Testphase der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ (Lyons & Pringle Specht, 1999).

Kommunikationstechniken für die Anwendung des ‘Aufforderung-zur-Blasenentleerung’-Protokolls

Sprechen Sie die Person zu festgelegten Zeiten an.	Bauen Sie eine vertrauensvolle Beziehung auf. Bekräftigen Sie das gewünschte Toilettenverhalten
Begrüßen Sie die Person mit Namen, stellen Sie sich vor und legen Sie den Zweck der Interaktion dar.	"Guten Tag, Herr Roberts. Mein Name ist Jane, ihre Pflegefachperson. Ich bin hier, um ihnen beim Gang zur Toilette zu helfen."
Stellen Sie Informationen zur Verfügung.	"Es ist 14:00 Uhr, die Uhrzeit, die wir vereinbart haben, damit ich Ihnen helfen kann. Ich bin hier, um ihnen beim Toilettengang zu helfen."
Legen Sie fest, wie die Person andere über das Bedürfnis auszuscheiden informiert.	"Das Licht Ihres Rufsystems ist angeschaltet – müssen Sie zur Toilette gehen?"
Bieten Sie visuelle Hinweise in der Umgebung, die das gewünschte Toilettenverhalten unterstützen.	■ Bringen Sie ein Bild der Toilette anstatt eines abstrakten Symbols an der Toilettentür an. ■ Lassen Sie bei Nichtbenutzung die Toilettentür angelehnt. ■ Verwenden Sie Uhren mit großen Zahlen in der Nähe der Toilette, um das Personal an den Zeitplan der Toilettengänge zu erinnern. ■ Legen Sie die Zeitpläne für Toilettengänge dort hin, wo das Personal diese sieht, damit es an die Wichtigkeit der Einhaltung der zugewiesenen Zeitpläne für die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ erinnert wird.

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung

Stellen Sie Privatsphäre sicher.	"Lassen Sie uns ins Badezimmer gehen, um Ihre Kleidung zu überprüfen. Ich werde vor der Toilette warten, während Sie die Blase entleeren."
Fragen Sie nach dem Einverständnis, bevor Sie die Kontinenz überprüfen.	■ "Kann ich Ihnen beim Nachsehen helfen, ob Ihre Kleidung noch trocken ist?" ■ "Darf ich ihre Unterwäsche prüfen, um festzustellen, ob sie nass ist – sind Sie damit einverstanden?" ■ "Manchmal ist es schwer, sich daran zu erinnern oder es mitzubekommen, wenn man Urin verloren hat. Haben Sie etwas dagegen, wenn ich nachsehe, ob Sie noch trocken sind?"
Bestimmen Sie die Wahrnehmung der Person für den Kontinenzstatus.	"Können Sie mir sagen, ob Sie sich jetzt gerade feucht oder trocken fühlen?"
Fragen Sie, ob die Person das Bedürfnis hat, die Blase zu entleeren.	Ermutigt die Person, die Wahrnehmung für die Blase wiederzuerlernen. "Fühlt sich Ihre Blase voll an?" "Fühlen Sie einen Druck im Unterbauch?"
Fordern Sie die Person auf, die Toilette zu benutzen. Wiederholen Sie die Aufforderung bis zu 3-mal.	"Jetzt ist es Zeit für Sie, die Toilette zu benutzen." "Bitte benutzen Sie die Toilette, um Ihre Blase zu entleeren."
Benutzen Sie vertraute Formulierungen für das Toilettenverhalten. Seien Sie in Ihren sprachlichen Formulierungen konsequent.	"Haben Sie das Bedürfnis, Ihre Blase zu entleeren/zu urinieren/zu pinkeln/Wasser zu lassen/die Toilette zu benutzen/usw.?"
Bieten Sie Unterstützung für den Toilettengang an.	"Kann ich Ihnen auf die Toilette/die Bettpfanne helfen? Ich werde die Urinflasche/Bettpfanne hier lassen, so dass sie Ihre Blase entleeren können. Kann ich Ihnen beim Säubern/dem Wiederankleiden helfen?"

Geben Sie erwachsenengerechtes positives Feedback.	"Ja, Sie sind trocken. Sie machen das mit dem neuen Plan sehr gut." "Danke, dass Sie mich daran erinnern, wann ich Ihnen zur Toilette helfen kann." "Sie sind den ganzen Tag trocken geblieben. Sie fühlen sich bestimmt großartig, weil Sie Ihre Ziele erreicht haben."
Unterlassen Sie negatives Feedback und behandeln Sie die Person nicht wie ein Kind.	Fördert das Selbstwertgefühl. Damit wird eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut.
Erinnern Sie häufig an das gewünschte Verhalten.	"Wenn Sie den Drang verspüren, auf die Toilette zu gehen, sagen Sie mir Bescheid, ich werde Ihnen dann helfen." "Versuchen Sie, den Urin bis zu unserer Verabredung um 16:00 Uhr zu halten." "Ich werde Ihnen um 16:00 Uhr zur Toilette helfen." "Wenn Sie die Toilette benutzen müssen, tun Sie dies bitte. Ich helfe Ihnen, wenn Sie mich brauchen."
Informieren Sie die Person, wann die nächste Sitzung der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' laut Zeitplan stattfindet.	"Ich möchte Sie bitten, Ihren Urin bis 16:00 Uhr zu halten." "Das ist von jetzt an in 2 Stunden. Ich werde Ihnen um 16:00 Uhr auf die Toilette helfen."

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung:

Lyons, S. S. & Specht, J. K. P. (1999). Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol. In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Anlage D: Ausscheidungsprotokoll

Ausscheiden: Tragen Sie jedes Mal die Menge ein, wenn Sie die Blase auf der Toilette entleeren.

Trinken: Tragen Sie jedes Mal die Menge ein, wenn Sie etwas trinken.

Feuchtes Ereignis: Jedes Mal, wenn Sie feucht sind.

Zeit	Ausscheidung	Trinken	Nasses Ereignis	Zeit	Ausscheidung	Trinken	Nasses Ereignis
6:00 h				18:00 h			
6:30 h				18:30 h			
7:00 h				19:00 h			
7:30 h				19:30 h			
8:00 h				20:00 h			
8:30 h				20:30 h			
9:00 h				21:00 h			
9:30 h				21:30 h			
10:00 h				22:00 h			
10:30 h				22:30 h			
11:00 h				23:00 h			
11:30 h				23:30 h			
12:00 h				0:00 h			
0:30 h				12:30 h			
13:30 h				1:00 h			
13:30 h				1:30 h			
14:00 h				2:00 h			
14:30 h				2:30 h			
15:00 h				3:00 h			
15:30 h				3:30 h			
16:00 h				4:00 h			
16:30 h				4:30 h			
17:00 h				5:00 h			
17:30 h				5:30 h			

Collaborative Continence Program, St. Joseph's Community Health Centre
 Nachdruck mit freundlicher Genehmigung: Jennifer Skelly, RN, PhD, Associate Professor, McMaster University School of Nursing,
 Director, Continence Program, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario.

Anhang E: Liste von Ressourcen und Websites

Ressource

The Canadian Continence Foundation 1-800-265-9575 www.continence-fdn.ca/content.htm

Agency for Health Care Research and Quality
www.ahrp.gov/clinic

Canadian Gerontological Nursing Association
www.cgna.net/education.htm

Canadian Nurse Continence Adviser Association
www.cnca.ca

Canadian Association for Enterostomal Therapy (CAET)
www.caet.ca

Continence Worldwide
www.continenceworldwide.org

Registered Nurses Association of Ontario
www.rnao.org/bestpractices

The University of Iowa College of Nursing
Gerontologische Pflegeinterventionen
Research Center, Research Translation and
Dissemination Core.

Angebot

- Eine Non-Profit-Organisation, die sich der Hilfe für Menschen mit Inkontinenz widmet.
 - Öffentliche und professionelle Schulungen, Interessensvertretung und Forschung.
 - Klinische praktische Leitlinien für Erwachsene.
 - Modelle für die Kontinenzversorgung.
 - Verbraucherleitfaden.
 - Hilfsquellen (Bücher, Newsletter, Videos).
 - Links zu anderen Websites:
-
- Klinische Praxisleitlinien zu Harninkontinenz bei Erwachsenen.
-
- Die Canadian Gerontological Nursing Association (CGNA) ist eine Organisation, die gerontologische Pflegefachpersonen vertritt und die gerontologische Pflege in Kanada unterstützt.
 - Die Aufgabe der CGNA besteht darin, sich mit den gesundheitlichen Sorgen älterer Kanadier sowie mit den Pflegefachpersonen, die diese im Rahmen der Gesundheitsversorgung betreuen, zu befassen.
 - Zugang zu Listserv, um sich mit anderen interessierten Praktikern aus dem Arbeitsumfeld der Kontinenzversorgung für ältere Menschen, auszutauschen.
-
- Links zu anderen nützlichen Websites.
 - Kontaktinformationen für ‚Nurse Specialists‘ (Pflegefachpersonen mit oder ohne Masterstudium)
-
- Ein Spezialgebiet der Pflege, das präventive, akute und rehabilitative Pflege für Menschen mit ausgewählten Erkrankungen des gastrointestinalen, urogenitalen und Integumentsystems anbietet.
-
- Website des Continence Promotion Committee der International Continence Society.
 - Links zu anderen nützlichen Websites.
-
- Die Best-Practice-Leitlinie für die Pflege *Prevention of Constipation in the Older Adult Population*.
 - Evidenzbasiertes Protokoll für die Maßnahme *‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ für Menschen mit Harninkontinenz*
 - Das Protokoll kann bestellt werden über www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/disseminatecore.htm oder per E-Mail an: research-dissemination-core@uiowa.edu

Anhang F: Beschreibung des Toolkit

Toolkit: Implementierung von klinischen Praxisleitlinien

Best-Practice-Leitlinien für die Pflege können nur erfolgreich umgesetzt werden, wo es eine adäquate Planung, Ressourcen, Unterstützung der Institution des Managements sowie eine angemessene Prozessbegleitung gibt. Die RNAO, vertreten durch ein Gremium von Pflegefachpersonen, Pflegeforschern und Verwaltungskräften, hat das *Toolkit: Implementierung von klinischen Praxisleitlinien* auf Grundlage der vorhandenen Evidenz, theoretischen Perspektiven und des Konsenses entwickelt. Es wird empfohlen, mit dem *Toolkit* die Umsetzung jeglicher klinischen Praxisleitlinie in einer Gesundheitseinrichtung anzuleiten.

Das *Toolkit* bietet Schritt-für-Schritt-Anleitungen für Einzelpersonen und Gruppen, die sich mit der Planung, Koordination und Begleitung der Leitlinien-Implementierung befassen. Das *Toolkit* thematisiert speziell die folgenden wesentlichen Schritte bei der Umsetzung einer Leitlinie:

1. Die Identifikation einer gut entwickelten, evidenzbasierten klinischen Praxisleitlinie
2. Die Identifikation, das Assessment und den Einsatz aller Beteiligten
3. Die Beurteilung der umfeldbezogenen Bereitschaft für die Umsetzung der Leitlinie
4. Identifizieren und Planen von evidenzbasierten Implementierungsstrategien
5. Planung und Implementierung der Evaluation
6. Identifizierung und Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen für die Implementierung

Das Implementieren einer Leitlinien in der Praxis, die in einer erfolgreichen Veränderung der Praxis und positiver klinischer Auswirkungen resultiert, ist ein komplexes Unterfangen. Das *Toolkit* ist eine wichtige Ressource für die Steuerung des Prozesses.

Das *Toolkit* ist bei der Registered Nurses' Association of Ontario verfügbar. Das Dokument ist gebunden gegen eine Schutzgebühr oder kostenlos als Download von der RNAO-Website erhältlich. Für weitere Informationen, einem Bestellformular oder für den Download des *Hilfsmittels* gehen Sie bitte auf die RNAO-Website unter www.rnao.org/bestpractices.

Notizen:

[illegible]

Notizen:

[illegible]



Best-Practice-Leitlinie

Kontinenzförderung durch 'Aufforderung zur Blasenentleerung' *Ergänzung der Leitlinie*

Mitglieder des Überarbeitungsgremiums

Jennifer Skelly, RN, PhD
Vorsitzende des Überarbeitungsgremiums
Associate Professor, School of Nursing
McMaster University
Director Continence Program
St. Joseph's Healthcare
Hamilton, Ontario

Barbara Cowie, RN, MN, NCA, GNC(c)
Advanced Practice Nurse
Amputee Rehabilitation & Complex
Continuing Care
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Linda Galarneau, RN, GNC(c), NCA
Registered Nurse/Care Coordinator
Specialized Geriatrics, Day Hospital
Providence Care
St Mary's of the Lake
Kingston, Ontario

Ermine Moncherie, RPN
Staff Nurse
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Melissa Northwood, RN, BScN, MSc, GNC(c), NCA
Nurse Continence Advisor
Project Manager, Continence Care Clinics
St. Joseph's Healthcare
Hamilton, Ontario

Jenny Ploeg, BScN, MScN, PhD
Associate Professor
McMaster University
Hamilton, Ontario

Laura Robbs, RN, MN, ET, NCA, CETN(c)
Clinical Nurse Specialist – Continence
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario

Sue Sebastian, RN, MN, GNC(c)
Advanced Practice Nurse/Nurse
Continence Advisor
Veterans Centre
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Rishma Nazarali, RN, BScN, MN
Program-Manager
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Eliisa Fok, BSc
Administrative Assistant
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Einbindung der Aktualisierung

Diese Aktualisierung zur Pflege- Best-Practice-Leitlinien *Kontinenzförderung durch 'Aufforderung zur Blasenentleerung'* ist das Ergebnis einer geplanten Überarbeitung der Leitlinie. Darin wird dem Leser zusätzliches evidenz-basiertes Material für die Unterstützung in der Praxis zur Verfügung gestellt. Wie die Original-Leitlinie muss auch dieses Dokument basierend auf den speziellen Anforderungen der Institution oder des praktischen Bereichs/Umfelds sowie den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten überprüft und angewendet werden. Diese Aktualisierung sollte zusammen mit der Leitlinie als ein Werkzeug verwendet werden, das die Entscheidungsfindung für die individualisierte Klientenversorgung unterstützt und sicherstellt, dass geeignete Strukturen und Unterstützung vorhanden sind, um die bestmögliche Versorgung zu leisten.

Hintergrund

Im Jahr 1999 wurde die 'Aufforderung zur Blasenentleerung' als eine geeignete Strategie gewählt, um Harninkontinenz handzuhaben, da diese Maßnahme das Potential hat, von Leistungsträgern in einer Vielzahl an Bereichen, von der gemeindenahen Pflege bis zur Langzeitpflege, angewendet zu werden. Als die ursprüngliche Leitlinie entwickelt wurde, gab es ausreichende Evidenz, die die Empfehlungen unterstützt haben, aber viele davon basierten auf Expertenmeinungen. Zwölf Jahre später ist nun die Anzahl der Evidenz für diese Intervention gewachsen und sie bleibt die effektivste Strategie für Klienten mit kognitiven Einschränkungen. Die Leitlinie wurde in mehreren großen Qualitätsverbesserungsinitiativen genutzt, die eine Reduzierung der Inkontinenz durch die Intervention 'Aufforderung zur Blasenentleerung' zeigten (vgl. Anhang G und H). Eine Durchsicht der seit 2005 veröffentlichten Literatur resultierte in keinen dramatischen Veränderungen für die Empfehlungen, sondern in Verbesserungen und stärkerer Evidenz für diesen Ansatz.

Überarbeitungsprozess

The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) hat sich verpflichtet zu gewährleisten, dass diese Best-Practice-Leitlinie auf der bestmöglichen Evidenz basiert. Um diese Verpflichtung zu erfüllen, wurde ein Überwachungs- und Revisionsprozess für jede veröffentlichte Leitlinie etabliert.

Für diese Überprüfung wurde ein Gremium aus Pflegefachpersonen zusammengestellt, das sich aus Mitgliedern des ursprünglichen Entwicklungsgremiums sowie anderen empfohlenen Personen mit speziellem Fachwissen in diesem Bereich zusammensetzte. Den Mitgliedern des Überarbeitungsgremiums wurde der Auftrag erteilt, die Leitlinie mit Hinblick auf die Empfehlungen und den ursprünglichen Anwendungsbereich der Leitlinie zu beachten.

Eine strukturierte Review der Evidenz wurde basierend auf dem ursprünglichen Anwendungsbereich der Leitlinie durchgeführt, um die relevante Literatur und andere seit der letzten Aktualisierung dieses Dokuments (2005) veröffentlichten Leitlinien zu berücksichtigen. Die Ergebnisse dieser Evidenz-Review wurden an das Überprüfungsgremium weitergereicht. Im März 2011 kam das Überprüfungsgremium zusammen, um einen Konsens über den Bedarf, die bestehenden Empfehlungen im Licht der neuen Literatur zu überarbeiten, zu erreichen.

Überprüfung von bestehenden Leitlinien

Eine Person suchte eine etablierte Liste von Websites nach Leitlinien und anderen relevanten Inhalte ab. Diese Website-Liste wurde basierend auf dem bestehenden Wissen über die Evidence-based Practice-Websites und Empfehlungen aus der Literatur zusammengestellt.

Obwohl die Suche zahlreiche Treffer erzielte, hat keine Leitlinie die Einschlusskriterien erfüllt. Daher wurde keine Leitlinie in dieser Evidenz-Review berücksichtigt.

Literatur-Review

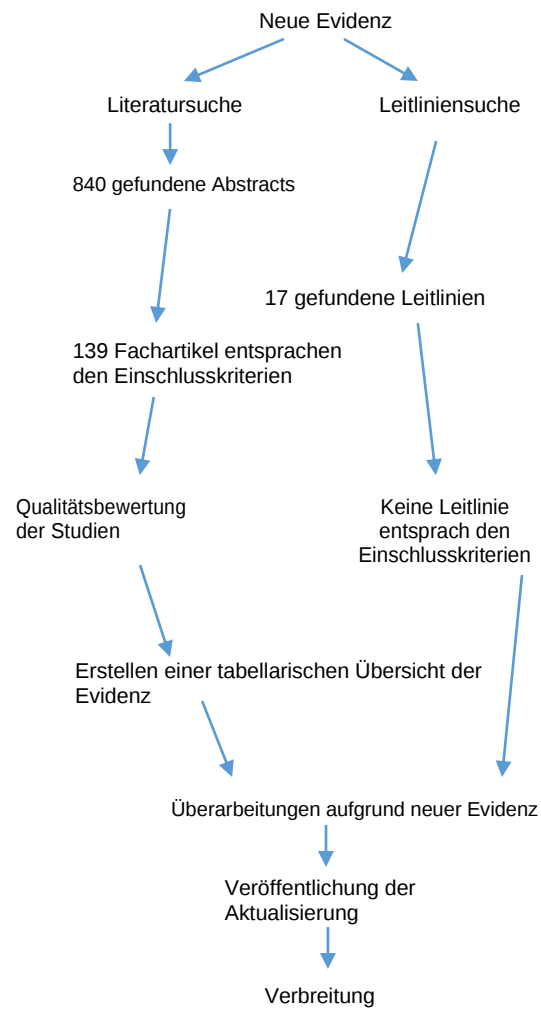
Gleichzeitig mit der Leitlinien-Überprüfung wurde eine Suche nach aktueller Literatur, die für den Anwendungsbereich dieser Leitlinie relevant ist, durchgeführt. Die Suche in elektronischen Datenbanken (CINAHL, Medline und EMBASE) wurde von einem Bibliothekar der Gesundheitswissenschaften durchgeführt. Eine Forschungsassistentin (Master's prepared nurse) hat die Überprüfung der Literatur anhand der Inklusions-/Exklusionskriterien, der Qualitätsbewertung und die Datenextraktion der gefundenen Artikel abgeschlossen und hat die Ergebnisse der Literatur zusammengefasst. Die umfangreichen Tabellen und Literaturlisten wurden allen Mitgliedern des Überprüfungsgremiums zur Verfügung gestellt.

Review-Ergebnisse

Eine Review der aktuellen Literatur seit der Veröffentlichung der letzten überarbeiteten Leitlinie hat nicht zu Änderungen der ursprünglichen Empfehlungen geführt, sondern vielmehr die Evidenz für unseren Ansatz, die Kontinenz durch die 'Aufforderung zur Blasenentleerung' zu fördern, gestärkt. Die Mitglieder des Überarbeitungsgremiums haben ebenfalls die Anhänge aktualisiert und neue hinzugefügt, um die Leitlinienumsetzung zu unterstützen.



Reviewprozess in einem Flussdiagramm



Zusammenfassung der Evidenz

Die folgenden Seiten spiegeln die Veränderungen in der überarbeiteten Veröffentlichung (2005) basierend auf dem Konsens des Überarbeitungsgremiums wider. Die Literatur-Review hat nicht zu größeren Änderungen der ursprünglichen Empfehlungen geführt, sondern hat vielmehr auf Verbesserungen und stärkere Evidenz für den Ansatz hingewiesen.



Empfehlungen für die Praxis

Empfehlung 1 Besorgen Sie sich die Vorgeschichte der Inkontinenz des Kunden. Evidenzgrad: IV	
<i>Der folgende Absatz wurde dem ersten Absatz der Evidenz-Diskussion auf Seite 17 dieser Leitlinie hinzugefügt:</i> Diskussion der Evidenz Darüber hinaus versuchten zwei qualitative Studien (Jansen et al., 2006 und Gnanadesigan et al., 2004) die Qualität der Pflege und Assessment-Tools für den Umgang mit Harninkontinenz zu evaluieren. Die Anwendung von verlässlichen und gültigen Assessment-Tools hilft sicherzustellen, dass adäquate Informationen vom Klienten gesammelt werden, die den Erfolg der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' unterstützen können. Beispiele für gültige und verlässliche Assessment-Tools finden sich bei Skelly (2007).	
Empfehlung 2 Sammeln Sie Informationen über: ■ Die Menge, die Art und Zeit der täglichen Flüssigkeitszufuhr, beachten Sie dabei besonders die Zufuhrmenge an Koffein und Alkohol. ■ Die Häufigkeit, Art und Konsistenz des Stuhlgangs. ■ Jede relevante medizinische oder chirurgische Vorgeschichte, die im Zusammenhang mit dem Inkontinenzproblem stehen kann, wie z. B., aber nicht darauf beschränkt: Diabetes, Schlaganfall, Parkinson-Krankheit, Herzinsuffizienz, rezidivierende Harnwegsinfektionen oder frühere Blasenoperationen. Evidenzgrad: IV	
Zusätzliche Literatur: Dumoulin, C., Korner-Bitensky, N., & Tannenbaum, C. (2005). Gnanadesigan, N., et al. (2004). Jumadilova, Z., Zyczynski, T., Paul, B., & Narayanan, S. (2005).	

Empfehlung 3 Überprüfen Sie die Medikation des Klienten, um herauszufinden, welche eine Auswirkung auf die Inkontinenz haben könnte. Evidenzgrad: III	✓
<i>Die folgende Klasse an Medikamenten wurde der Medikamentenliste auf Seite 19 dieser Leitlinie hinzugefügt:</i> • Cholinesterase-Hemmer	+
Zusätzliche Literatur: Finklestein, M. M. (2002). Gill, S.S., et al. (2005). Skelly, J. (2007). Starr, J. M. (2007).	
Empfehlung 4 Bestimmen Sie die funktionalen und kognitiven Fähigkeiten des Klienten. Evidenzgrad: III	✓
<i>Die Absätze der Evidenz-Diskussion auf Seite 20 wurden bearbeitet, um die zusätzliche Literatur widerzuspiegeln:</i> Diskussion der Evidenz Es gibt starke Evidenz dafür, dass diejenigen Personen, die am wahrscheinlichsten Harninkontinenz entwickeln, Mobilitäts- und/oder kognitive Einschränkungen haben (Jumadilova et al., 2005; Lyons & Pringle Specht, 1999; Ouslander et al., 1995; Schnelle, 1990; Sorbye et al., 2007). Kognitive Einschränkungen sollten nicht als Hindernis für die Anwendung der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' angesehen werden. In einer prospektiven kontrollierten explorativen Studie fanden Engberg et al. (2002) heraus, dass häuslich gebundene ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen positiv auf die 'Aufforderung zur Blasenentleerung' reagiert haben. Die Fähigkeit des Klienten zum Toilettengang hängt sehr von seinem/ihrer Grad der Selbstfürsorge, Fähigkeit zu verstehen, Informationen zu verarbeiten und angemessen zu reagieren, ab (Lyons & Pringle Specht 1999; Dumoulin et al., 2005). Die Pflegefachperson kann eine Reihe von Hilfswerkzeugen für die Beurteilung der funktionalen und kognitiven Fähigkeiten nutzen. Die RNAO-Leitlinie für das 'Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults', (2010) sowie der funktionalen Fähigkeiten finden Sie im Anhang M der Leitlinie 'Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression', (2010). Die RNAO-Leitlinie 'Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult', (2011), können die Pflegefachperson dabei unterstützen, die Risikofaktoren für Sturz zu identifizieren und Sturzereignissen bzw. Sturzverletzungen zu reduzieren. Diese Leitlinien sind als Download von der RNAO-Website verfügbar unter www.rnao.org/bestpractices. Das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ist als Download verfügbar unter http://www.mocatest.org/. Funktionale Assessment-Tools, zur Messung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (Katz-Index) und instrumentelle Fähigkeiten des täglichen Lebens (IADL) (Barthel-Index), und von Mobilität und Gleichgewicht (Timed Up and Go, TUG; Berg Balance Score) und Sicherheit (Falls Risk Assessment Tool-FRAT) können in der Literatur gefunden werden.	+

Empfehlung 5

Identifizieren Sie die einstellungs- und umgebungsbezogenen Hindernisse für einen erfolgreichen Toilettengang.

Hindernisse sind:

- Nähe und Verfügbarkeit des nächsten Badezimmers,
- Erreichbarkeit des Nachtstuhls,
- Ausreichende Lichtverhältnisse,
- Verwendung von Fixierungen,
- Erwartung der Pflegefachpersonen, dass Inkontinenz eine unvermeidliche Folge des Alterns ist und
- Annahme der Pflegefachpersonen, dass es nur wenige Interventionen für die Förderung der Kontinenz gibt.

Evidenzgrad: III



Der folgende Absatz der Evidenz-Diskussion auf Seite 20 wurde überarbeitet, um die zusätzliche Literatur widerzuspiegeln:

Diskussion der Evidenz

Wyman (2003) hat in einer Literaturreview über Harninkontinenz herausgefunden, dass die Haltung der Mitarbeiter gegenüber Harninkontinenz ein Hindernis für die Behandlung der Harninkontinenz darstellte. Die Haltung der Mitarbeiter wurde auch als ein Faktor für die Kontinenzförderung identifiziert (Dingwall & McLafferty, 2006; Northwood, 2004). Eine andere qualitative Studie (Dingwall & McLafferty, 2006; Northwood, 2004) hat folgenden weitere Hindernisse in der Kontinenzförderung bei älteren Erwachsenen aufgezeigt: niedrige Erwartungen für Heilung bei Pflegefachpersonen; Fähigkeit der Klienten zu stehen; Schwierigkeit mit dem Sprechen oder einen Hinweis zu geben, dass die Toilette benutzt werden muss; fehlende Kontinenzschulung der Patienten; Inkonsistenz bei den Ansätzen der Kontinenzförderung; fehlendes Wissen.

Der folgende Absatz wurde der Evidenz-Diskussion auf Seite 21 hinzugefügt:

Ein in der Literatur vorgeschlagenes Modell beschreibt die Einführung von Pflegefachpersonen mit Kontinenzweiterbildung auf Station (ward-based continence resource nurses, WBCRN) (Ostaszewicz et al., 2004). Als ein Element der Evaluation wurden 15 Pflegefachpersonen mit Kontinenzweiterbildung über ihre Wahrnehmung der Hindernisse, die optimale Kontinenzversorgung umzusetzen, befragt. Die genannten Hindernisse waren: Mangel an Zeit; unzureichende Ressourcen; umfeldbezogene Faktoren, wie die Notwendigkeit, die Toilette mit anderen zu teilen; Mangel an Schulungsmöglichkeiten; inkonsistentes Ausfüllen der relevanten Dokumentation und Inkonsistenz der Patientenversorgung aufgrund von Personalfuktuation.



Empfehlung 6 Überprüfen Sie den Urin, um festzustellen, ob eine Infektion vorliegt. Evidenzgrad: III	Veränderter Evidenzgrad (IV→III)
<i>Die folgenden Absätze der Evidenz-Diskussion auf Seite 21 wurden überarbeitet, um die zusätzliche Literatur widerzuspiegeln:</i> Diskussion der Evidenz Eine Beurteilung der Ausgangslage der Harninkontinenz beinhaltet üblicherweise eine Untersuchung auf Harnwegsinfektionen, da es einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Infektion und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Inkontinenz gibt (Sorbye, 2009). Allerdings empfiehlt die aktuelle Forschung, die sich mit der Optimierung der Verwendung von Antibiotika bei Verdacht auf Harnwegsinfektionen bei Bewohnern in Pflegeheimen befasst, einen gezielten Ansatz der Früherkennung (Loeb et al., 2005). Im Rahmen des Assessments von Klienten für die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ wäre eine Urinkultur indiziert, wenn bei einem Klienten mit vorliegendem Fieber (definiert als > 37,9°C oder ein Anstieg von 1,5°C über den Ausgangswert bei mindestens ein oder zwei Messungen in den letzten 12 Stunden) ein oder mehrere der folgenden Symptome vorliegen: Dysurie, Harndrang, Flankenschmerz, Schüttelfrost, Harninkontinenz, häufiges Harmlassen, Makrohämaturie, suprapubischen Schmerzen (Loeb et al, 2005). Diese Untersuchung sollte gemäß der Direktiven und Verfahren der Einrichtung durchgeführt werden. Wenn eine Harnwegsinfektion vorliegt, sollte sich die Pflegekraft an den entsprechenden Kliniker³ für die Behandlung wenden.	+
Empfehlung 7 Stellen Sie fest, wie der Klient seine Harninkontinenz wahrnimmt und ob sich die ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ positiv auswirken wird. Bevor Sie mit der ‘Aufforderung zur Blasenentleerung’ beginnen, bestimmen Sie das Ausscheidungsmuster des Klienten mittels eines 3-Tages-Ausscheidungsprotokolls. Evidenzgrad: III	✓
<i>Der folgende Absatz wurde der Evidenz-Diskussion auf Seite 21 hinzugefügt:</i> Diskussion der Evidenz Eine aktuelle explorative Studie legt nahe, dass Pflegefachpersonen eher Harninkontinenz erhalten, anstatt die Kontinenz bei älteren Menschen zu fördern (Dingwall & McLafferty, 2006). Das Pflegefachpersonal muss sich der negativen Auswirkungen der unbehandelten Inkontinenz für ältere Menschen bewusst sein. Die Ansichten der älteren Menschen über ihre Einstellung zur Harninkontinenz sollten gehört werden.	+

³ In Deutschland beispielsweise meist der behandelnde Arzt

Empfehlung 8 Stellen Sie sicher, dass Obstipation und Kotsteine behandelt werden. Evidenzgrad: IV	✓
<i>Die Evidenz-Diskussion auf Seite 22 wurde überarbeitet, um die zusätzliche Literatur widerzuspiegeln:</i> Diskussion der Evidenz Wie oben bereits erwähnt, zeigen Studien, wie wichtig es ist sicherzustellen, dass Kotsteine während der Assessment-Phase beseitigt wird (McCormick et al., 1992; Peet et al., 1996). Die Prävention und Reduzierung von Obstipation ist eine Schlüsselintervention für die Prävention und das Management von Harninkontinenz (Burgio, 2004; Ostaskiewicz, 2006; Skelly, 2007). Aus diesem Grund wird empfohlen, diese Leitlinie zusammen mit der RNAO-Best-Practice-Leitlinie für die Pflege <i>Prevention of Constipation in the Older Adult Population (2011)</i> zu verwenden. Die Regulierung der Darmfunktion, um Obstipation und Pressen während des Stuhlgangs zu vermeiden, ist eine der wichtigsten Komponenten für die Veränderung des Lebensstils, die in das Gesamtprogramm der Behandlung von Harninkontinenz integriert werden kann (Burgio, 2004). Für Personen mit Obstipation und Kotsteinen wird ein umfassendes Monitoring-Tool und das Bristol Stool Form Chart empfohlen. Das Ausfüllen eines siebentägigen Stuhlausscheidungsprotokolls wird ein klares Bild des Stuhlgangs über den Zeitraum geben, während das Bristol Stool Form Chart hilft, die Qualität des Stuhlgangs zu überwachen (Cassel, 2007).	+
Empfehlung 9 Stellen Sie ein ausreichendes Maß an Flüssigkeitszufuhr (1.500–2.000 ml pro Tag) sicher und reduzieren Sie soweit wie möglich die Einnahme von koffein- oder alkoholhaltigen Getränken. Evidenzgrad: III	✓
<i>Der folgende Absatz wurde der Evidenz-Diskussion auf Seite 23 hinzugefügt:</i> Diskussion der Evidenz Palmer & Newman (2004) berichten von einer qualitativen Studie, die mit der Methode der Fokusgruppen durchgeführt wurde. Die Ergebnisse dieser Studie ergaben, dass ältere Erwachsene ein fehlendes Wissen sowohl über den Einfluss der Flüssigkeitszufuhr auf die Harninkontinenz, als auch über die Menge und Art der empfohlenen gesunden Flüssigkeiten haben, um die Kontinenzversorgung zu verbessern.	+
Empfehlung 10 Beginnen Sie mit einem individualisierten Zeitplan der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' auf Grundlage der Ausscheidungsbedürfnisse des Klienten und wie es aus dem 3-Tages-Ausscheidungsprotokoll ermittelt wurde. Evidenzgrad: Ia	✓
Zusätzliche Literatur: Ostaskiewicz, J., Chestney, T., & Roe, B. (2004). Roe, B., Ostaskiewicz, J., Milne, J., & Wallace, S. (2006).	+
Empfehlung 11 Beginnen Sie mit einem 3-Tages-Ausscheidungsprotokoll, mindestens drei Wochen und maximal acht Wochen nach der Implementierung des Zeitplans der 'Aufforderung zur Blasenentleerung'. Evidenzgrad: IV	✓

Fortbildungsempfehlungen

Empfehlung 12

Implementieren Sie die Maßnahme ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ im Rahmen eines Fortbildungsprogramms zur Kontinenzförderung. Das Programm sollte so aufgebaut und organisiert sein, dass es sich an alle Ebenen der Gesundheitsversorgung, Klienten, Familien und Pflegepersonen richtet.

Im Zusammenhang mit der Fortbildung sollte eine Pflegefachperson mit einem Interesse an der Kontinenzversorgung oder an einer Fortbildung darin bestimmt werden (z. B. Pflegefachperson mit Zusatzausbildung in Kontinenzberatung, Pflegefachpersonen ohne oder mit Masterstudium), die für das Fortbildungsprogramm verantwortlich ist. Das Programm sollte regelmäßig aktualisiert werden, um neue Informationen miteinzubeziehen.

Das Programm sollte folgende Informationen beinhalten:

- Mythen über Inkontinenz und das Altern,
- Definition von Kontinenz und Inkontinenz,
- Kontinenzassessment,
- Aufforderung zur Blasenentleerung,
- Individualisiertes Toilettentraining,
- der Einfluss von kognitiver Beeinträchtigung auf die Fähigkeit, kontinent zu sein, und Strategien mit aggressivem Verhalten umzugehen,
- Der Zusammenhang zwischen der Darmhygiene und einer gesunden Blasenfunktion
- die Anwendung eines Ausscheidungsprotokolls bei individualisiertem Toilettengang.
- **Fortbildung über konservative Management-Strategien, und**
- **Begründung für konservative Management-Strategien**

Level of Evidence: IV



Der folgende Absatz der Evidenz-Diskussion auf Seite 24 wurde bearbeitet, um die zusätzliche Literatur widerzuspiegeln:

Diskussion der Evidenz

Forschungsstudien haben übereinstimmend gezeigt, dass viele Gesundheitsfachkräfte nicht über ausreichendes Wissen in der Kontinenzversorgung verfügen und dass die Behandlungsmöglichkeiten multi-faktoriell sind (Lawhorne et al., 2008; Resnick et al., 2006). Taunton und Kollegen (2005) beschreiben die Einstellungen des Personals bei der Inkontinenzversorgung, und stellen fest, dass der Schwerpunkt dabei primär auf der Eindämmung anstatt der Behandlung liegt. Mehrere Studien über die Vorbereitung von Pflegenden in Fortbildungsprogrammen und ihr Wissen über die Kontinenzversorgung kommen zu dem Schluss, dass es einen Mangel an ausreichender Kenntnis über Inkontinenz gibt (Cheater, 1992, Palmer, 1995). Palmer (1995) bestätigt die Bedeutung eines Fortbildungsprogramms über Kontinenz für Pflegefachpersonen, um die Pflegepraxis und die Qualität der Kontinenzversorgung zu verbessern. Derartige Programme sollten beinhalten: Standards zur Kontinenzversorgung; Assessment-Fähigkeiten und Sensitivität in Bezug auf Inkontinenz-Training (Peet et. Al 1996). Andere Untersuchungen unterstreichen die Bedeutung der Fortbildung bezüglich der Mythen über Inkontinenz und Altern, der Definition von Kontinenz und Inkontinenz und Strategien, um mit aggressivem Verhalten bei der Kontinenzförderung umzugehen (Northwood, 2004; Sui, Schindel Martin, Skelly & Northwood, 2001). Die Unterstützung des Personals ist ebenso ein entscheidender Faktor für den Erfolg der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ (Lyons & Pringle Specht, 1999).



Zusätzliche Literatur: Roe, B., Milne, J., Ostaszkiwicz, J., & Wallace, S. (2006).

Empfehlung 13 Pflegefachpersonen sollten Kenntnis über die regionalen Ressourcen hinsichtlich der beruflichen Weiterentwicklung, Überweisungen und weiterführenden Betreuung haben. Evidenzgrad: IV	✓
--	---

Institutions- und Richtlinienempfehlungen

Empfehlung 14 Eine Erfolgreiche Umsetzung der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ erfordert: • Unterstützung durch das Management, • Möglichkeiten der Fortbildung und Schulung, • Aktive Einbindung der Schlüsselfiguren im Pflegebereich; • Schrittweise Umsetzung des Zeitplans der ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘, • Sammlung der initialen Informationen über Klienten, Ressourcen und bereits bestehendes Wissen • Interpretation dieser Daten und Identifikation von Problemen, • Entwicklung einer Umsetzungsstrategie und • Monitoring des Programms. Evidenzgrad: IIb	Veränderter Evidenzgrad (IV→IIb)
<i>Die folgenden Absätze wurden der Evidenz-Diskussion auf Seite 25 der Leitlinie hinzugefügt:</i> Diskussion der Evidenz Damit Pflegefachpersonen Wege finden, die Kontinenzversorgung in ihrer aktuellen Umgebung zu verbessern, muss das Management-Team die Kontinenzförderung zu einer Priorität machen und die Pflegefachpersonen in die Verantwortung nehmen (Resnick et al., 2006). In Pflegeheimen der Langzeitpflege, in denen bewohnerzentrierte Pflege anstatt aufgabenbasierter Pflege geschätzt wird, wird der Kontinenzförderung eine höhere Priorität eingeräumt, was die Bedeutung der Management-Unterstützung unterstreicht (Wright et al., 2006). Darüber hinaus ist die aktive Beteiligung der Schlüsselfiguren im Pflegebereich wichtig, da ein Kommunikationsmangel zwischen den Pflegefachpersonen und bei Schichtwechsel in einer schlechten Einhaltung der Zeitpläne für die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ resultiert (Resnick et al., 2006). Pflegefachpersonal muss auch kompetent und erfahren im Assessment und in der Behandlung von Harninkontinenz sein, um sicherzustellen, dass die ‚Aufforderung zur Blasenentleerung‘ ein positives Outcome für den Klienten bringt (DuMoulin et al., 2005).	+

Basierend auf der Evidenz aus qualitativen Studien über die Einstellungen und Praktiken des Personals hinsichtlich der Kontinenzförderung empfiehlt das RNAO-Gremium eine schrittweise Implementierung dieser Leitlinie (Resnick et al., 2006; Tauton et al., 2005). Die erfolgreiche Implementierung dieser Leitlinie wird am besten erreicht, wenn mit einem oder zwei Klienten begonnen wird. Der Umgang mit konkurrierenden Anforderungen der Klienten, die eine Unterstützung beim Toilettengang benötigen, wurde als ein Hindernis für die Implementierung der ‚Ausscheidung zur Blasenentleerung‘ von Pflegefachpersonen genannt (Resnick et al., 2006; Tauton et al., 2005). Beachten Sie Anhang G und H für Informationen über Projekte, die sich auf die Verbesserung der Kontinenzversorgung bei komplexer kontinuierlicher Betreuung konzentrieren.	
Empfehlung 15 Institutionen werden aufgefordert, einen interprofessionellen Teamansatz für die Kontinenzversorgung zu etablieren. Evidenzgrad: IV	
<i>Die Evidenz-Diskussion auf Seite 25 und 26 dieser Leitlinie wurde überarbeitet, um den Wortlaut zu ändern und die zusätzliche Literatur widerzuspiegeln:</i> Diskussion der Evidenz Ein interprofessioneller Teamansatz für die Kontinenzversorgung ist wichtig für die Implementierung einer optimalen Kontinenzversorgung (Ostaskiewicz, 2006; Resnick et al., 2006; Taunton et al., 2005). Mitglieder des Teams können sein: Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, klinische Apotheker, Ernährungsberater, angelernte Pflegekräfte, Sozialarbeiter, behandelnde Ärzte und Spezialisten. Auch wenn Überschneidungen in einigen Bereichen erkannt werden, ist es wichtig, dass das Team zusammenarbeitet, um jedem Klienten zu helfen, den höchsten Grad an möglicher Kontinenz aufrechtzuerhalten bei gleichzeitiger Förderung der Unabhängigkeit und des Selbstwertgefühls des Klienten. Pflegefachpersonen arbeiten gemeinsam mit einem interprofessionellen Team in der rehabilitativen und restaurativen Pflege. Physiotherapeuten beurteilen die Mobilität, Transferfähigkeit, das Gleichgewicht und die körperliche Kraft. Ergotherapeuten beurteilen das körperliche und soziale Umfeld, wie die Fähigkeit jedes Klienten, die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, z. B. sich um die Kleidung zu kümmern und den Toilettengang. Zusammen führen die Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegefachpersonen den Behandlungsplan für den rehabilitativen und restaurativen Bereich sowie die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts und der Mobilität durch (Rodriguez et al., 2007). Klinische Apotheker können bei der Beurteilung der Medikationsüberprüfung unterstützen, um Medikamente, die zur Inkontinenz beitragen könnten, zu identifizieren. Ernährungsberater können bei Entscheidungen hinsichtlich der Ernährungsänderungen für Flüssigkeitszufuhr, Koffein und Ballaststoffen unterstützen. Sozialarbeiter können die emotionalen Aspekte der Inkontinenz ansprechen, ein Beispiel könnte sein: Unterstützung bei der Finanzplanung für Materialien und Dienstleistungen. Als ein Beispiel für einen interprofessionellen Teamansatz für die Kontinenzversorgung haben Vertreter verschiedener Pflegeheime in Ontario und Vertreter des Toronto Best Practice Steering Committee (Steuerungsgruppe für Best-Practice-Leitlinien) im Jahr 2006 eine Ressource in Form einer Direktive und Maßnahme entwickelt, um mit diesem wichtigen Problem umzugehen. Die Rollen und Verantwortlichkeiten jedes Mitglieds des professionellen Gesundheitsteams sind klar in dem Dokument benannt (Toronto Best Practice in LTC Initiative, 2006).	

Empfehlung 16

Die Best-Practice-Leitlinien für die Pflege können nur dort am effektivsten umgesetzt werden, wo es eine konsequente Planung, Ressourcen, Unterstützung durch die Institution und Verwaltung sowie eine starke Begleitung des Veränderungsprozesses durch erfahrene Prozessbegleiter gibt. Die Umsetzung der Leitlinie muss ebenso die örtlichen Umstände berücksichtigen und sollte durch ein aktives Ausbildungs- und Schulungsprogramm verbreitet werden. Dafür hat die RNAO (vertreten durch ein Gremium von Pflegefachpersonen, Pflegeforschern und Verwaltungskräften) das Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines (Hilfsmittel: Umsetzung der klinischen Leitlinien) auf Grundlage der vorhandenen Evidenz, theoretischen Perspektiven und des Konsenses entwickelt. Das Hilfsmittel wird für eine begleitende Umsetzung der Best-Practice-Leitlinien für die Pflege *Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung* der RNAO empfohlen.



Evidenzgrad: IV

Anhang

Die folgenden Anhänge wurden überarbeitet, um die aktuelle Literatur mit einzubeziehen.

Anhang C: Personen, die wahrscheinlich von der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' profitieren werden

Die folgenden Absätze wurden der Liste der Faktoren auf Seite 41 der Leitlinie hinzugefügt:

Der beste Prädiktor für die Empfänglichkeit einer Person auf die 'Aufforderung zur Blasenentleerung' ist sein Erfolg während der Testphase der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' (Lyons & Pringle Specht, 1999). Viele Menschen, die auf die 'Aufforderung zur Blasenentleerung' reagieren, zeigen während einer dreitägigen Versuchsphase eine signifikante Verbesserung hinsichtlich ihres situationsgerechten Verhaltens beim Toilettengang sowie der Kontinenzgrade, obwohl eine maximal beste Reaktion auf die Behandlung nicht unter mehreren Wochen mit der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' umgesetzt werden kann (Lyons & Pringle Specht, 1999).

Obwohl ein Dreitageszeitraum ideal ist, sind auch zwei Tage ein akzeptables Minimum. Ein dritter Tag der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' kann denjenigen Bewohnern angeboten werden, die bei zwei Dritteln aller Toilettengänge Probleme haben, aber die mit ihrem Verhalten und ihren Äußerungen zeigen, dass sie motiviert sind, trocken zu bleiben (Borun Center for Gerontological Research, 2008).

Es konnte nachgewiesen werden, dass die 'Aufforderung zur Blasenentleerung' die Anzahl inkontinenter Episoden pro Tag verringert und die Anzahl kontinenter Blasenentleerungen erhöht. Sie kann bei Personen angewendet werden, die körperliche oder mentale/kognitive Beeinträchtigungen haben, oder eine geringe Fähigkeit zu bestimmen, wie ihren Bedürfnissen am besten entsprochen wird (Dumoulin et al., 2005; Fink et al., 2008).



Die folgende Tabelle wurde der Kommunikationstechniken-Übersicht auf Seite 41 hinzugefügt.

Die einzelnen Schritte der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' und das Verhalten der Betreuungspersonen

'Aufforderung zur Blasenentleerung'	Verhalten der Betreuungsp.
Sprechen Sie die Person zu den festgelegten Zeiten der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' an (15 Minuten vor oder nach der verabredeten Zeit ist akzeptabel)	Überwachen
Grüßen Sie die Person	Auffordern
Warten Sie 5 Sekunden, damit die Person selbst den Wunsch äußert, auf die Toilette zu gehen	Auffordern
Fragen Sie die Person, ob er oder sie feucht oder trocken ist	Auffordern
Überprüfen sie selbst den Kontinenzstatus.	Überwachen
Geben Sie Feedback. Loben Sie, wenn die Person trocken ist. Kein Kommentar, wenn Sie feucht ist.	Loben
Fordern Sie die Person auf, zur Toilette zu gehen (unabhängig vom Kontinenzstatus).	Auffordern
Bieten Sie der Person Unterstützung beim Toilettengang an.	Auffordern
Geben Sie Feedback. Loben Sie das gewünschte Toilettenverhalten.	Loben
Informieren Sie die Person über den Zeitpunkt der nächsten Sitzung der 'Aufforderung zur Blasenentfernung'.	Auffordern
Ermutigen Sie die Person, den Urin bis zur nächsten geplanten Sitzung der 'Aufforderung zur Blasenentleerung' in der Blase zu halten.	Auffordern
Ermutigen Sie die Person nach Unterstützung beim Toilettengang zu fragen, falls erforderlich	Auffordern
Dokumentieren Sie die Ergebnisse der Aufforderung-zur-Blasenentleerung-Sitzung in einem Miktionsprotokoll	Überwachen

Nachdruck des Originals mit freundlicher Genehmigung von SLACK Incorporated: Lyons, S.S., Pringle Specht, J.K. (2000). Prompted voiding protocol for individuals with urinary incontinence. The Journal of Gerontological Nursing, 26(6), 5-13.

Anhang E: Liste der Hilfsquellen und Websites

Die folgenden Informationen wurden der Liste auf Seite 45 dieser Leitlinie hinzugefügt:

Hilfsquelle	Programm
Borun Center for Gerontological Research UCLA Division of Geriatrics www.geronet.ucla.edu/centers/borun	Inkontinenzmanagement
• Registered Nurses' Association of Ontario http://ltctoolkit.rnao.ca/	Continenence/Constipation Workshop for RNs in Long-Term Care (Cassel, 2007)



Zusätzlicher Anhang

Die folgenden Anhänge wurden hinzugefügt:

Anhang G: IC5-Gemeinschaftsprojekt

Das IC5 Gemeinschaftsprojekt (IC5: Verbesserung der Kontinenzversorgung bei komplexer kontinuierlicher Betreuung [*Improving Continence Care in Complex Continuing Care*]) war das erste krankenhausübergreifende Qualitätsverbesserungsprojekt für den Sektor der komplexen kontinuierlichen Betreuung unter der Führung von der Hospital Report Research Collaborative (HRRC). Das Projekt wurde durch den Ontario Women's Health Council (OWHC) gefördert. Die Kollaboration basierte auf einem international angewandten Modell für die Erreichung bahnbrechender Verbesserungen, für das das Institut für Healthcare Improvement die Pionierarbeit leistete. Das Projekt umfasste 12 Krankenhäuser, die zusammen gearbeitet haben, um die Prozesse der Kontinenzversorgung, Praktiken und Patientenoutcomes in ihren Einrichtungen zu verbessern. Der Verbesserungszyklus des Planens, Ausführens, Studierens und Handelns (Plan-Do-Study-Act, PDSA) unterstützt einen schrittweisen Verbesserungsansatz – jeweils nur einen Bewohner zu einem Zeitpunkt – was einen wesentlichen Erfolgsfaktor für die Veränderung der Praxis darstellt. Besuchen Sie die Website www.hospitalreport.ca, um die IC5-Evaluationsberichte einzusehen.

Anhang H: IC3 – Zusammenarbeit zur Verbesserung der Kontinenzversorgung

IC3 ist ein Ableger des IC5-Projekts. Mit der Finanzierung des Senior's Health Research Transfer Network (SHRTN) schlossen sich zehn Pflegeheim-Teams in Ost-Ontario im Jahr 2006 zusammen, um eine "Gemeinschaft der Praxis" zur Verbesserung der Kontinenzversorgung zu bilden. Mit einem Ansatz der Qualitätsverbesserung kamen sechs Pflegeheime ihrer Verpflichtung für das Gesamtjahr nach. Viele dieser Teams arbeiten immer noch an der Kontinenzverbesserung in ihren jeweiligen Pflegeheimen.

Die Zusammenarbeit nutzt das Rapid-Cycle-Verfahren zur Verbesserung, um es teilnehmenden Teams zu ermöglichen, kleine, schrittweise Änderungen zur Verbesserung der Kontinenz der Bewohner in der Praxis umzusetzen. Die Pflegeheime nutzen die PDSA-Zyklen für die Planung und Umsetzung der Änderungen. Einfache Messinstrumente dokumentieren ihre Erfolge and erste Gewinne. Beispiele für diese Verbesserungen sind Programme zur 'Aufforderung zur Blasenentleerung' und zum Toilettentraining. Individualisierte Ansätze, wie die Anwendung von Einweg-Inkontinenzhöschen für geeignete Bewohner während des Tages, haben geholfen, die Würde des Bewohners zu stärken und es ihnen erlaubt, an Aktivitäten ihrer Wahl teilzunehmen und nicht eine spezielle Fixierunterwäsche für Inkontinenzunterlagen tragen zu müssen. Viele Bewohner sind nun aufgrund dieser Interventionen während des Tages "gut drauf und trocken". Pflegeheime haben die Harnkontinenz ihrer Bewohner erhöht und dabei Obstipation, Harnwegsinfektionen und Dekubitus reduziert.

Zunächst trafen sich die Pflegeheim-Teams persönlich zu vier Lerneinheiten. Zwischen den Lerneinheiten gab es Perioden, in denen mit den Bewohnern in den Einrichtungen gearbeitet wurde. Monatliche Telefonkonferenzen halfen den Verbesserungsteams, sich auf dem Laufenden zu halten und ihre Erfolge, Strategien und Herausforderungen miteinander zu teilen. In den letzten beiden Phasen trafen sich die teilnehmenden Teams virtuell über das Videokonferenz-System des Ontario Telemedicine Network (OTN).

In der vierten Phase (2010–2011) schlossen sich 32 Pflegeheime mit Teilnehmern aus der Provinz einschließlich Northwestern Ontario, der Greater Toronto Area und des Renfrew County an. Mehrere Pflegeheime trafen sich über das OTN, wo einer der Coaches oder ein Mitglied der Projektleitung zu ihnen stieß. Insgesamt haben seit Beginn über 50 Pflegeheime an IC3 teilgenommen.

NEW

Begriffsdefinition

Der folgende Begriff wurde den Begriffsdefinitionen auf Seite 14 dieser Leitlinie hinzugefügt:

Gewohnheitsänderung (*habit retraining*)

Gewohnheitsänderung (*habit retraining*) ist bei einem Erwachsenen mit Harninkontinenz eine Form der Unterstützung des Toilettengangs durch eine Betreuungsperson. Diese umfasst die Bestimmung des natürlichen Ausscheidungsmusters der inkontinenten Person und die Entwicklung eines individualisierten Zeitplans für den Toilettengang, der dem unbeabsichtigten Harnabgang zuvorkommt (Ostaszkievicz, Chestney, & Roe, 2004).

NEW



Literaturhinweise

- Borun Center for Gerontological Research (2008). Retrieved from <http://www.geronet.med.ucla.edu/centers/borun/> on June 20, 2011.
- Burgio, K. L. (2004). Current perspectives on management of urgency using bladder and behavioral training. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(10) (suppl), 4-7
- Cassel, B. (2007). *Continence/constipation workshop for RNs in long-term care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Cheater, F. M. (1992). Nurses' educational preparation and knowledge concerning continence promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 328-338.
- Dingwall, L. & McLafferty, E. (2006). Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people? An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1276-1286.
- Dumoulin, C., Korner-Bitensky, N., & Tannenbaum, C. (2005). Urinary incontinence after stroke: Does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioral therapy. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 12(3), 66-76.
- Engberg, S., Sereika, S. M., McDowell, J., Weber, E., & Brodak, I. (2002). Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29(5), 252-65.
- Fink, H. A., Taylor, B. C., Tacklind, J. W., Rutks, I. R., & Wilt, T. J. (2008). Treatment interventions in nursing home residents with urinary incontinence: A systematic review of randomized trials. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(12), 1332-1343.
- Finkelstein, M. (2002). Medical conditions, medications and urinary incontinence: Analysis of a population-based survey. *Canadian Family Physician*, 48(1), 96-101.
- Gill, S.S., Mamdani, M., Naglie, G., Streiner, D.L., Bronskill, S.E., Kopp, A... Rochon, P.A. (2005). A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Archives Internal Medicine*, 165(7), 808-8.
- Gnanadesigan, N., Saliba, D., Roth, C. P., Solomon, D. H., Chang, J. T., Schnelle, J., ... Wenger, N. S. (2004). The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(3), 141-146.
- Hospital Report Research Collaborative (2011). *IC5: Improving Continence Care in Complex Continuing Care*. Retrieved from http://www.hospitalreport.ca/projects/QI_projects/IC5.html on June 20, 2011.
- Jansen, L. & Forbes, D. (2006). The psychometric testing of a urinary incontinence nursing assessment instrument. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*, 33(1), 69-76.
- Jumadilova, Z., Zyczynski, T., Paul, B., & Narayanan, S. (2005). Urinary incontinence in the nursing home: Resident characteristics and prevalence of drug treatment. *American Journal of Managed Care*, 11(suppl 4), S112-S120.
- Lawhorne, L. W., Ouslander, J. G., Parmelee, P. A., Resnick, B., & Calabrese, B. (2008). Urinary incontinence: A neglected geriatric syndrome in nursing facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(1), 29-35.
- Loeb, M., Brazil, K., Lohfeld, L., McGreer, A., Simor, A., Stevenson, K., ... Walker, S.D. (2005). Effect of a multifaceted intervention on number of antimicrobial prescriptions for suspected urinary tract infections in residents of nursing homes: Cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 331(669), DOI:10.1136/bmj.38602.586343.55
- Lyons, S.S., Pringle Specht, J.K. (2000). Prompted voiding protocol for individuals with urinary incontinence. *The Journal of Gerontological Nursing*, 26(6), 5-13.

Lyons, S. S. & Pringle Specht, J. K. P. (1999). *Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol*. In M. G. Titler (Series Ed.). *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Translation and Dissemination Core.

McCormick, A. K., Burgio, D. L., Engel, T. B., Scheve, A. & Leahy, E. (1992). Urinary incontinence: An augmented prompted void approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(3), 3-9.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (2011). Retrieved from <http://www.mocatest.org/> on June 20, 2011.

Northwood, M. (2004). Nurses experiences' caring for persons with incontinence. Unpublished masters' thesis, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

Ostaszkievicz, J. (2006). The clinical effectiveness of systematic voiding programmes: Results of a metastudy. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 12, 5-6.

Ostaszkievicz J, Chestney T, Roe B. (2004). Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, DOI: 10.1002/14651858.CD002801.pub2

Ouslander, J. G., Schnelle, F. J., Uman, G., Fingold, S., Nigam, G. J., Tuico, E. & Jensen, B.B. (1995). Predictors of successful prompted voiding among incontinent nursing home residents. *Journal of the American Medical Association*, 273(17), 1366-1370.

Palmer, M. H. & Newman, D. K. (2004). Bladder matters: Urinary incontinence in nursing homes. *American Journal of Nursing*, 104(11), 57-59.

Palmer, M. H. (1995). Nurses' knowledge and beliefs about continence interventions in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1065-72.

Peet, M. S., Castleden, M. C., McGrother, W. C. & Duffin, M. H. (1996). The management of urinary incontinence in residential and nursing homes for older people. *Age and Ageing*, 25(2), 139-143.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (rev. 2011). *Prevention of Constipation in the Older Adult*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (rev. 2011). *Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (rev. 2010). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association on Ontario (RNAO) (rev. 2010). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Resnick, B., Keilman, L. J., Calabrese, B., Parmelee, P., Lawhorne, L., Paillet, J., Ouslander, J. (2006). Nursing staff beliefs and expectations about continence care in nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*, 33(6), 610-618.

Rodriguez, N. A., Sackley, C. M., & Badger, F. J. (2007). Exploring the facets of continence care: A continence survey of care homes for older people in Birmingham. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 954-962.

Roe, B., Milne, J., Ostaszkievicz, J., & Wallace, S. (2006). Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: A synopsis of findings on theory and methods using metastudy techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 3-14.

Schnelle, J. F. (1990). Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 356-360.

Senior's Health Research Transfer Network (SHRTN) (2011). Retrieved from <http://beta.shrtn.on.ca/> on June 20, 2011.

Skelly J.(2007). *Promoting Continence Care A Bladder and Bowel Handbook for Care Providers*. Custom Courseware, McMaster University, Hamilton Ontario.

Sorbye, L. W., Finne-Soveri, H., Ljunggren, G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Jensdottir, A. B., Bernabei, R. (2007). Urinary incontinence and use of pads - Clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 33-44.

Starr, J. M. (2007) Cholinesterase inhibitor treatment and urinary incontinence in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatric Society*, 55(5), 800-801.

Sui, H., Schindel Martin, L., Skelly, J., & Northwood, M. (2001). Caring for incontinent residents. *Long Term Care*, 11(4), 7-12.

Taunton, R. L., Swagerty, D. L., Lasseter, J. A., & Lee, R. H. (2005). Continent or incontinent? That is the question. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 36-44.

Toronto Best Practice in LTC Initiative (2006). *Policy and procedure: Bladder and bowel management*. Retrieved from <http://www.rgp.toronto.on.ca>

Wright, J. (2006). Developing a tool to assess person-centred continence care. *Nursing Older People*, 18(6), 23-28.

Wyman, J. F. (2003). Treatment of urinary incontinence in men and older women: The evidence shows the efficacy of a variety of techniques. *American Journal of Nursing*, (Suppl), 26-31, 33-5, 54-6.

Notizen

[illegible]

Notizen

[illegible]

Revidiert März 2005

Best-Practice-Leitlinie für die Pflege

Kontinenzförderung durch Aufforderung zur Blasenentleerung



*Dieses Programm wurde
von der Regierung von Ontario
finanziert*



0-920166-55-5



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM