

Masterarbeit

Inkontinenz und konservative Maßnahmen

Konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz in Pflegeheimen

eingereicht von

Marlene Zollner, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Univ. Prof.ⁱⁿ Dipl.Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann

Dr.ⁱⁿ Manuela Hödl, BSc, MSc

Graz, am 11.03.2021

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 11.03.2021

Marlene Zollner, BSc eh.

Danksagung

Für die fachliche Betreuung und Unterstützung bei der Verfassung meiner Masterarbeit in dieser besonderen Zeit bedanke ich mich bei Frau Dr.ⁱⁿ Manuela Hödl, BSc, MSc und Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dipl.Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann.

Ich danke meinen Kommiliton*innen, insbesondere Markus und Kerstin, für die gegenseitige Unterstützung und Motivation während des gesamten Studiums.

Ein weiterer Dank gilt meiner Familie und meinen Freund*innen, die mich über das gesamte Studium hinweg unterstützt und bestärkt haben.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Danksagung	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Zusammenfassung.....	IX
Abstract	XI
1 Einleitung	1
1.1 Begriffsdefinitionen.....	2
1.1.1 Stressinkontinenz	3
1.1.2 Dranginkontinenz	3
1.1.3 Mischinkontinenz.....	4
1.2 Ursachen und Risikofaktoren	4
1.3 Folgen.....	6
1.4 Gesetzlicher und theoretischer Rahmen	7
1.4.1 Pflegeprozess.....	7
2 Ziel und Forschungsfragen.....	10
3 Methode.....	11
3.1 Literaturrecherche und Suchstrategie.....	14
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	15
3.3 Bewertung der Literatur.....	17
3.3.1 MMAT: Ein Instrument zur kritischen Bewertung	17
4 Ergebnisse	18
4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche	18
4.2 Flussdiagramm zur Identifizierung der Literatur.....	19

4.3	Studiencharakteristika	20
4.4	Studienanzahl und -population	20
4.5	Datenextraktion	22
4.6	Methodologische Bewertung der Ergebnisstudien	25
5	Interventionen	26
5.1	Toilettenprogramme und -trainings.....	26
5.2	Aufforderung zum Toilettengang	28
5.3	Kontrollierte Flüssigkeitszufuhr.....	30
5.3.1	Kontrollierte Flüssigkeitszufuhr und Aufforderung zum Toilettengang.....	30
5.3.2	Aufforderung zum Trinken und Unterstützung beim Toilettengang	30
5.4	Körperliche Aktivität	32
5.4.1	Aufforderung zum Toilettengang mit Bewegung	32
5.4.2	Trainingsprogramm – ADL.....	33
5.5	Wirksamkeit der Interventionen – Empfehlungen für die Pflegepraxis	35
6	Diskussion.....	37
6.1	Diskussion der pflegerischen Maßnahmen.....	38
6.2	Stärken und Limitationen.....	48
6.3	Empfehlungen für die Praxis	49
6.4	Implikation für weitere Forschung.....	50
6.5	Implikationen für die Ausbildung.....	51
6.6	Schlussfolgerung.....	52
7	Referenzen.....	53

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ANP	Advanced Nurse Practitioner
DiZiMa	Diagnose – Ziel – Maßnahmen
ENP	European Nursing care Pathways
FIT	Functional Incidental Training
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICN	International Council of Nurses
ICNP	International Classification of Nursing Practice
IG	Interventionsgruppe
IKH	Inkontinenzhose
KG	Kontrollgruppe
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
MMSE	Mini-Mental-Status-Test
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association International
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
POP	Praxisorientierte Pflegediagnostik

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm des Screening Prozesses 19

Abbildung 2: 3-Säulen-Modell – Maßnahmen zum Management von
Harninkontinenz 38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inkontinenzformen	2
Tabelle 2: Darstellung SPICE-Schema.....	11
Tabelle 3: Suchstrategie	15
Tabelle 4: Einschlusskriterien	16
Tabelle 5: Ausschlusskriterien	16
Tabelle 6: Studiencharakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews	22
Tabelle 7: Studiencharakteristika der eingeschlossenen RCT's	24
Tabelle 8: Toilettenprogramme.....	27
Tabelle 9: Konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz – Übersicht für die Praxis	49

Zusammenfassung

Einleitung: Der ungewollte Harn- bzw. Stuhlverlust ist eine der häufigsten Erkrankungen weltweit. Internationale Prävalenzraten von Inkontinenz in Pflegeheimen liegen zwischen 43 % und 65 %. Österreichweit kann etwa eine Million Menschen den Abgang von Harn oder Stuhl nicht kontrollieren. Das Risiko, mit derartigen Herausforderungen konfrontiert zu sein, steigt mit zunehmendem Alter. Als Ursachen und Risikofaktoren werden Alter, Geschlecht und demenzielle Erkrankungen beschrieben. Die Folgen einer Inkontinenz sind zumeist erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität sowie psychische und soziale Belastungen. Darüber hinaus treten ökonomische Folgen auf, wie z. B. ein Kostenanstieg im Gesundheitswesen. Insbesondere bei älteren Menschen stellt Inkontinenz ein Pflegeproblem dar. Personen mit Inkontinenz jeglicher Art haben vielfach mehrere bestehende gesundheitliche Einschränkungen zu bewältigen. Ziel dieser Arbeit ist es, pflegerische Maßnahmen, welche zum Management von Harninkontinenz bei Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen eingesetzt werden zu beschreiben, um daraus Empfehlungen für die pflegerische Praxis ableiten zu können.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Scoping Review durchgeführt. Es wurde eine systematische Literaturrecherche anhand einer zuvor definierten Suchstrategie in den Datenbanken PubMed, Medline (via Ovid), Cochrane Library und CINAHL abgewickelt, außerdem wurde eine Handsuche in den Referenzlisten der inkludierten Studien durchgeführt. Die Studien wurden mithilfe eines Bewertungstools kritisch beurteilt.

Ergebnisse: Die systematische Literatursuche und die darauf basierende kritische Beurteilung der Publikationen identifizierte sieben Studien unterschiedlicher Designs. Insgesamt wurden fünf systematische Reviews und zwei randomisiert kontrollierte Studien in die Ergebnisdarstellung einbezogen. Als wirksame Interventionen zum Management von Harninkontinenz im Pflegeheimsetting werden Toilettenprogramme und Blasentrainings, die Aufforderung zum Toilettengang sowie körperliche Trainings und eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr beschrieben.

Schlussfolgerung: Dieser Scoping Review zeigt, dass in der internationalen Literatur unterschiedliche konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz in Pflegeheimen beschrieben werden. Interventionen zur Aufrechterhaltung der Kontinenz sowie zum Management von Harninkontinenz von Pflegeheimbewohner*innen sollten an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen angepasst werden. Es konnten konkrete Empfehlungen für die Pflegepraxis ausgesprochen werden. Für eine mögliche Implementierung der beschriebenen Maßnahmen bedarf es künftig zielgerichtete Prozesse.

Abstract

Aim: The involuntary loss of urine or faeces is one of the most common diseases worldwide. International incontinence prevalence rates in nursing homes are between 43% and 65%. Across Austria, around one million people cannot control their excretion. The risk increases with age. Age, gender and dementia diseases are described as causes and risk factors. The consequences of incontinence are usually considerable restrictions on the quality of life as well as psychological and social stress. There are also economic consequences, such as the rise in health care costs. Incontinence is a nursing problem, especially for older people. People with incontinence of any kind usually have several existing health restrictions to cope with. The aim of this thesis is to describe nursing interventions used to manage urinary incontinence of persons in long-term care facilities to be able to derive recommendations for nursing practice.

Method: A scoping review was carried out to answer the research questions. A systematic literature search was carried out using a previously defined search strategy in different databases like PubMed, Medline (via Ovid), Cochrane Library and CINAHL. In addition, a hand search was carried out in the reference lists of the included studies. The studies were critically assessed using an evaluation tool.

Results: The systematic literature research identified seven studies of different designs. A total of five systematic reviews and two randomized controlled trials were included in the presentation of the results. As effective interventions for the management of urinary incontinence in the nursing home setting, toilet programs and bladder training, prompted voiding as well as physical activity and controlled fluid intake are described.

Conclusion: This scoping review shows that different conservative nursing interventions for the management of urinary incontinence in nursing homes are described in the international literature. Interventions to maintain continence and manage urinary incontinence should be adapted to the needs and abilities of the individuals. The author was able to form specific recommendations for nursing practice. Targeted processes will be required in the future for a possible implementation of the conservative interventions.

1 Einleitung

Inkontinenz zählt zu den häufigsten und am stärksten tabuisierten Krankheiten beziehungsweise Symptomen oder Folgen anderer Erkrankungen. Männer und Frauen jeden Alters können davon betroffen sein. Der ungewollte Harn- bzw. Stuhlverlust ist eine der häufigsten Erkrankungen weltweit (Golla, 2018).

Inkontinenz wird in Harn-, Stuhl- und Doppelinkontinenz unterteilt. Unter Harninkontinenz ist der unfreiwillige Verlust von Urin zu verstehen, und Stuhlinkontinenz meint den unfreiwilligen Verlust von Stuhl. Personen, die unfreiwillig sowohl Harn als auch Stuhl verlieren, sind von einer sogenannten Doppelinkontinenz betroffen (Abrams et al., 2017).

Internationale Prävalenzraten von Inkontinenz in Pflegeheimen liegen zwischen 43 % und 65 %. In Krankenhäusern werden internationale Prävalenzzahlen von Harn-, Stuhl- und Doppelinkontinenz mit bis zu 20 %, 10 % und 3 % berichtet (Abrams et al., 2017).

Higami et al. (2019) zeigen, dass die Prävalenz von Harninkontinenz bei institutionalisierten Patient*innen mit Demenz zwischen 19 % und 95 % und die Stuhlinkontinenz zwischen 34,2 % und 43,2 % liegt. Bei 32,7 % dieser Personen traten beide Arten dieser Inkontinenz auf.

Österreichweit kann etwa eine Million Menschen den Abgang von Harn oder Stuhl nicht kontrollieren. Das Risiko, davon betroffen zu sein, steigt mit zunehmendem Alter, und ab einem Alter von 80 Jahren leidet bereits jede/r Dritte an mindestens einer Form von Inkontinenz (Golla, 2018).

Im November 2017 belegte ein Bericht der österreichischen Pflegequalitätserhebung eine Prävalenzrate der Harninkontinenz zwischen 15,6 % (Allgemeine Krankenhäuser) und 71,3 % (Pflegeheime). In den geriatrischen Krankenhäusern und Pflegeheimen kam Harninkontinenz in den höheren Altersgruppen (ab 60 Jahren) häufiger vor als in den niedrigeren Altersgruppen. Bei den über 80-Jährigen lag die Prävalenz von Harninkontinenz in Pflegeheimen bei rund 73 %.

Männer waren in den geriatrischen Krankenhäusern häufiger von Harninkontinenz betroffen als Frauen (Lohrmann et al., 2017). Unter Doppelinkontinenz litten 5 % der Patient*innen in den allgemeinen Krankenhäusern, 37,7 % der Patient*innen in den geriatrischen Krankenhäusern und 41,5 % der Bewohner*innen in den Pflegeheimen. Von einer doppelten Inkontinenz waren in den geriatrischen Krankenhäusern und Pflegeheimen häufiger Männer und in den allgemeinen Krankenhäusern häufiger Frauen betroffen. In Pflegeheimen sahen sich meist Bewohner*innen zwischen 60 und 79 Jahren mit einer Doppelinkontinenz konfrontiert (Lohrmann et al., 2017).

1.1 Begriffsdefinitionen

Harninkontinenz ist der unfreiwillige Verlust von Urin. Aufgrund verschiedener Ursachen und Risikofaktoren werden innerhalb der Fachliteratur mehrere Formen der Harninkontinenz unterschieden. Demnach wird Harninkontinenz anhand der Art, Häufigkeit, Intensität und der Auswirkung auf Lebensqualität und Hygiene klassifiziert. Dabei werden drei übliche Formen der Harninkontinenz differenziert (Abrams et al., 2017), die in der folgenden Tabelle übersichtlich dargestellt sind.

Tabelle 1: Inkontinenzformen, angelehnt an Hamann et al. (2014)

Inkontinenzform	Definition
Stressinkontinenz/ Belastungsinkontinenz	Harnverlust in Kombination mit physischer Anstrengung
Dranginkontinenz	Harnverlust begleitet von zwingendem Harndrang
Mischinkontinenz	Harnverlust in Kombination mit Drangsymptomen parallel zu physischer Anstrengung

1.1.1 Stressinkontinenz

Stressinkontinenz definiert den unfreiwilligen Verlust von Urin bei körperlichen Aktivitäten oder Anstrengungen wie Niesen, Husten oder Lachen sowie physischen Belastungen wie dem Heben schwerer Lasten (Abrams et al., 2017). Die Stressinkontinenz wird auch als Belastungsharninkontinenz beschrieben und entsteht durch einen defekten Verschlussmechanismus der Harnröhre (Haydter, 2020).

Die Ursache einer Belastungsinkontinenz liegt in einer geschwächten Beckenbodenmuskulatur, wenngleich die Harnblase selbst keine funktionellen Einschränkungen aufweist. Eine Belastungsinkontinenz kann alle Altersgruppen betreffen (Haydter, 2020).

1.1.2 Dranginkontinenz

Als Dranginkontinenz wird ein starker Harndrang in Verbindung mit dem plötzlichen und unaufschiebbaren Zwang, Harn zu lassen, beschrieben. Der Weg zur Toilette wird den Betroffenen zu weit, und es kommt zu einem Harnverlust (Abrams et al., 2017).

Bedingt ist dies meist durch die harnaustreibende Muskulatur, die zu früh und noch bevor die Blase ausreichend gefüllt ist aktiv wird. Eine Dranginkontinenz tritt bei schwachen Beckenbodenmuskeln bzw. dem Verlust der neurologischen Kontrolle der Blasenkontraktion auf (Higami et al., 2019).

Männer und ältere Menschen leiden häufiger unter einer reinen Dranginkontinenz (Haydter, 2020).

Eine Dranginkontinenz, auch funktionelle Inkontinenz genannt, trifft zahlreich Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die Erkrankung kann aus Umweltfaktoren oder körperlichen Problemen resultieren, die beispielsweise das Erreichen des Badezimmers erschweren (Higami et al., 2019).

1.1.3 Mischinkontinenz

Die Mischinkontinenz setzt sich aus Stress- und Dranginkontinenz zusammen und bezeichnet demnach den unfreiwilligen Harnverlust aufgrund einer Kombination aus starkem Harndrang und körperlicher Anstrengung (Abrams et al., 2017). Insbesondere bei älteren Menschen tritt häufig ein Zusammenspiel aus beiden genannten Inkontinenzformen auf (Haydter, 2020).

Die Ursachen einer Mischinkontinenz liegen in einem erhöhten Alter und dem Schamgefühl der betroffenen Personen begründet. Betroffenen ist es oft unangenehm, sich bei starkem Harndrang an Pflegepersonen zu wenden und um Hilfe zu bitten. Ebenso ist eine Mischinkontinenz auf einen Mangel an Information und Aufklärung der Betroffenen zurückzuführen (Fernandez-Cuadros et al., 2016).

Harninkontinenz kann sowohl bei Frauen als auch bei Männern auftreten, wobei es als belegt gilt, dass Frauen häufiger von einer Inkontinenz betroffen sind (Fernandez-Cuadros et al., 2016). Im Rahmen der Studie von Fernandez-Cuadros et al. (2016) gaben Frauen viermal häufiger an, von Harninkontinenz betroffen zu sein.

1.2 Ursachen und Risikofaktoren

Als Ursachen und Risikofaktoren werden Alter, Geschlecht und demenzielle Erkrankungen beschrieben. Inkontinenz kann außerdem mit Diabetes, Schlaganfällen, eingeschränkter Mobilität oder einem gestörten Nahrungs- und Flüssigkeitshaushalt einhergehen (Abrams et al., 2017).

Unter den prädisponierenden Faktoren der Harninkontinenz bei Männern sind Prostatakrebs und dessen Behandlung als am weitesten verbreitete Risikofaktoren zu nennen. Harninkontinenz zählt somit zu den sekundären Symptomen von Prostatakrebs. Einen weiteren Risikofaktor, vornehmlich bei älteren Männern, stellt eine Prostatahyperplasie dar (Fernandez-Cuadros et al., 2016).

Personen mit Demenz haben eine signifikant höhere Prävalenz von Harn-, Stuhl- und Doppelinkontinenz, Mangelernährung und Stürzen. Betroffene weisen einen signifikant höheren Grad an Pflegebedürftigkeit als Menschen ohne Demenz auf, weshalb bei diesen Personen häufiger Pflegeprobleme sichtbar werden (Schüssler et al., 2015).

Das Pflegepersonal spielt eine Schlüsselrolle bei Prävention und Verbesserung der Inkontinenz, hinsichtlich des Verständnisses für die Erfahrungen der Inkontinenzbetroffenen sowie bei der Implementierung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (Arkan et al., 2018).

Anhand einer retrospektiven Kohortenstudie von Jacob et al. (2020) wurden Daten von Personen mit und ohne Schlaganfall analysiert. Im Rahmen der Datenerhebung, die nach zehn Jahren durchgeführt wurde, erhielten 22 % und 11 % der Männer mit und ohne Schlaganfall die Diagnose Harninkontinenz. Die Prävalenz der Harninkontinenz betrug 34 % bei weiblichen Schlaganfall-überlebenden und 17 % bei Frauen ohne Schlaganfall in der Vorgeschichte. Die jeweiligen Anteile an Stuhlinkontinenz betrugen 5 % und 2 % bei Männern sowie 6 % und 3 % bei Frauen.

Saga et al. (2015) erhoben Charakteristika kontinenter als auch inkontinenter Pflegeheimbewohner*innen. Kontinente Bewohner*innen verzeichneten einen kürzeren Aufenthalt im Pflegeheim, litten seltener an kognitiven Beeinträchtigungen und an Obstipation oder Diarrhö. Ebenso waren sie hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) unabhängiger. Bewohner*innen mit Stuhlinkontinenz litten hingegen häufiger an Diarrhö. Personen, die ausschließlich harninkontinent waren, wiesen seltener Diabetes und Diarrhö auf, benötigten jedoch mehr pflegerische Unterstützung bei der Essensaufnahme, beim Kleiden, Transfer sowie bei Toilettengang und Körperpflege (Saga et al., 2015).

1.3 Folgen

Inkontinenz stellt eine besondere Belastung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, aber auch für Pflegekräfte, dar. Zudem ist Inkontinenz mit einem vermehrten Sturzgeschehen der Betroffenen verbunden, was wiederum zu einer erhöhten Arbeitsbelastung für Pflegepersonen führt (Higami et al., 2019).

Nach einem Schlaganfall ist Harninkontinenz ein häufiges Problem mit einer Prävalenz zwischen 32 % und 79 %. Dies hat negative physiologische, psychologische und wirtschaftliche Auswirkungen sowohl für Patient*innen als auch für Pflegepersonen (Arkan et al., 2018).

Die Lebensqualität der Betroffenen ist signifikant beeinträchtigt, und dies reduziert die Autonomie der Patient*innen und deren Selbstwertgefühl (Fernandez-Cuadros et al., 2016).

Bei älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Harninkontinenz und Stürzen. Demnach sind Pflegeheimbewohner*innen, die von Harninkontinenz betroffen sind, zusätzlich einer erhöhten Sturzgefahr ausgesetzt (Hasegawa et al., 2010).

Die Folgen einer Inkontinenz sind zumeist erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität sowie psychische und soziale Belastungen. Ferner werden ökonomische Folgen spürbar, etwa der Kostenanstieg im Gesundheitswesen (Abrams et al., 2017).

Insbesondere bei älteren Menschen ist Inkontinenz ein Pflegeproblem. Personen mit Inkontinenz jeglicher Art haben gemeinhin mehrere bestehende gesundheitliche Einschränkungen zu bewältigen, weshalb sie eine erhöhte pflegerische Versorgung benötigen, die mit einer gesteigerten Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal einhergeht. Aufgrund dieser Umstände steigen die Kosten des Gesundheitswesens. Um die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern, sind Interventionen anzuraten (Stenzelius et al., 2004).

1.4 Gesetzlicher und theoretischer Rahmen

Eine vorhandene Inkontinenz bleibt häufig unerkannt, weil oftmals keine medizinische oder pflegerische Diagnose zu jenem Problem gestellt wird (Bundesministerium, 2019).

Pflegepersonen sind essenziell für Ermittlung und Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Kontinenzversorgung älterer Menschen (Borglin et al., 2020). Sie erfassen das Bestehen einer Inkontinenz im Rahmen des Pflegeprozesses (Fiechter & Meier, 1981). Der entscheidende Pflegeweg gestaltet sich jedoch oft komplex. Eine qualitative schwedische Studie beleuchtete die Erfahrungen der Pflegepersonen in Hinblick auf die Kontinenzpflege älterer Menschen, die entweder zu Hause oder in einer Einrichtung gepflegt wurden. Die Autor*innen konnten darlegen, dass die Bereitstellung einer Kontinenzversorgung, die auf wichtigen Pflegestandards wie evidenzbasierter und personenzentrierter Versorgung basiert, sowie eine individualisierte Kontinenzversorgung, die auf nachgewiesenen Richtlinien beruht, Versorgungsoptimierungen sicherstellen (Borglin et al., 2020).

1.4.1 Pflegeprozess

Den gesetzlichen Rahmen bildet das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). In § 14 des GuKG sind die pflegerischen Kernkompetenzen definiert, die eine eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfs und die Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation der pflegerischen Maßnahmen umfassen. Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes integrieren im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess (RIS, 2020).

Der Pflegeprozess bildet die Systematisierung des pflegerischen Handelns. Er besteht aus einer Reihe von voneinander abhängigen Überlegungen, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung und damit auf ein Ziel ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkoppelungseffekt in Form einer Beurteilung und Neuanpassung enthalten (Fiechter & Meier, 1981).

Der Pflegeprozess ist in mehrere Schritte einzuteilen, die sich zusammensetzen aus Pflegeassessment, Pflegediagnostik, Festlegen der Pflegeziele, Planung von Pflegeinterventionen, Durchführung der geplanten Interventionen und Evaluierung der Ergebnisse (ÖBIG, 2010).

Das Pflegeassessment bildet den ersten Schritt innerhalb dieses Regelkreises. Hierbei werden der Ist-Zustand, die Risikoeinschätzung, die Pflegevorgeschichte sowie die körperliche Verfassung der Patient*innen erfasst (ÖBIG, 2010).

In einem nächsten Schritt werden die relevanten Daten aus dem Assessment mit dem vorhandenen Fachwissen und der spezifischen Situation abgeglichen, geordnet und individuell beurteilt. Gegebenenfalls leiten sich daraus Pflegediagnosen und -interventionen ab (ÖBIG, 2010).

Verwenden Pflegepersonen Pflegediagnosen, beurteilen sie bestimmte Aspekte der aktuellen Lebenssituation eines Menschen mit Unterstützungsbedarf (Stefan et al., 2013). Diesbezüglich finden sich innerhalb der Literatur zahlreiche Definitionen von Pflegediagnosen. Im deutschsprachigen Raum populär sind Definitionen nach NANDA, ICNP, POP, ENP und DiZiMa (ÖBIG, 2010).

Die Pflegediagnosen der verschiedenen Inkontinenzformen sind im POP-Ressourcenmodell unter der Domäne „Ausscheidung“ definiert. Eine beeinträchtigte Harnausscheidung ist als Pflegephänomen einzuordnen, bei dem ein Mensch aus somatischen und/oder psychischen Gründen in der Ausscheidung von Urin behindert ist (Stefan et al., 2013).

Pflegediagnosen gliedern sich anhand des POP-Ressourcenmodells in einzelne Domänen. Im Zentrum der Praxisorientierten Pflegediagnostik (POP) stehen die Ressourcen und die Gesundheit des Menschen. Definiert werden die Ressourcen als Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Erhaltung bzw. Entwicklung der Gesundheit oder Krankheitsbewältigung (Stefan et al., 2013).

Wurden die Probleme und Ressourcen der Betroffenen erhoben, gilt es, ein Pflegeziel zu definieren. Anschließend sind pflegerische Maßnahmen zu planen, um das intendierte Ziel zu erreichen. Bedeutsam ist es, Wünsche, Bedürfnisse und Ressourcen der Patient*innen miteinzubeziehen (Stefan et al., 2013).

Das POP-Modell nennt beispielhafte Pflegeschritte, die individuell konkretisiert werden müssen und dem körperlichen/funktionellen, dem psychischen sowie dem sozialen und umgebungsbedingten Bereich zuzuordnen sind (Stefan et al., 2013).

Im körperlichen/funktionellen Bereich sind die folgenden Maßnahmen auszugsweise aufgelistet:

- Miktionsprotokoll zur Erhebung des Ausscheidungsmusters
- Adäquate Inkontinenzhilfsmittelversorgung und das Anleiten im Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln
- Durchführen des Toilettentrainings
- Anleiten zum Beckenbodentraining
- Unterstützung bei Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur
- Anleiten bei der Selbstbeobachtung hinsichtlich Veränderungen der Harnausscheidung
- Unterstützung bei der Anpassung der Lebensgewohnheiten
- Unterstützung bei der Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten

Die Maßnahmen müssen individuell angepasst und spezifiziert werden. In der täglichen Pflegepraxis werden Pflegediagnosen im Rahmen des Pflegeprozesses gestellt sowie dahingehend Ziele und Interventionen abgeleitet, geplant und gesetzt (Stefan et al., 2013).

In den kommenden Jahren wird ein Mangel an Beschäftigten im Gesundheitswesen erwartet. Durch demografische Veränderungen und die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung stehen Pflegepersonen vor der Herausforderung, Pflegeproblemen, die mit Diagnosen wie Inkontinenz einhergehen, mit angemessenen pflegerischen Mitteln zu begegnen. Ein adäquates Management konservativer Maßnahmen bei Personen mit Inkontinenz wird künftig entscheidend sein (Higami et al., 2019).

2 Ziel und Forschungsfragen

Die Intention dieser Arbeit liegt darin, pflegerische Maßnahmen, die zum Management von Harninkontinenz bei Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen eingesetzt werden, zu beschreiben. Konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz werden anhand internationaler Literatur zusammengefasst, um sowohl der Forschung als auch der Pflegepraxis als Überblick dienlich zu sein. Die kritische Bewertung der Erkenntnisse wird herangezogen, um Empfehlungen generieren und aussprechen zu können. Anhand der Ergebnisse kann die klinische Entscheidungsfindung in der Pflege gestützt werden.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Forschungsfragen.

- 1. Welche konservativen Maßnahmen werden bei harninkontinenten Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen eingesetzt?*
- 2. Welche Empfehlungen können für die Praxis ausgesprochen werden?*

3 Methode

Die erste Forschungsfrage orientiert sich an dem SPICE-Schema und ist in nachstehender Tabelle dargestellt (Davies, 2011).

Tabelle 2: Darstellung SPICE-Schema

S: Setting	Langzeitpflegeeinrichtungen
P: Perspektive	harninkontinente Personen
I: Intervention	konservative Maßnahmen
C: Comparison (Vergleich)	übliche Pflege
E: Evaluation	beschriebene konservative Maßnahmen in der Literatur

Im Rahmen der zweiten Forschungsfrage werden Handlungsweisen für die Praxis dargestellt, die anhand der Erkenntnisse der internationalen Fachpublikationen erhoben werden können.

Um die Forschungsfragen angemessen beantworten zu können, wurde ein Scoping Review durchgeführt. Scoping Reviews sind effektiv, um Forschungsergebnisse zu bündeln bzw. zu kommunizieren, Forschungslücken auszuweisen und Empfehlungen für die zukünftige Forschungsarbeit bzw. Praxis abzuleiten. Die Methode des Scoping Reviews wird eingesetzt, wenn zunächst eine Orientierung über den Forschungsstand erlangt werden soll (Munn et al., 2018).

Im Gegensatz zu anderen Review-Typen wie beispielsweise systematischen Reviews, die sich mit präzisen Fragestellungen befassen und Outcomes genau definieren, dienen Scoping Reviews dazu, die Schlüsselkonzepte eines Forschungsbereichs darzulegen, Arbeitsdefinitionen zu erstellen oder die inhaltlichen Grenzen eines Themas zu verorten. Scoping Reviews können sich auf ein Ziel, mehrere oder sämtliche dieser Ziele konzentrieren (Polit & Beck, 2012).

Scoping Reviews können einen Überblick über die vorhandene Evidenz geben, wobei dies unabhängig von ihrer Qualität passieren kann. Sofern nicht anders definiert, erfolgt in einem Scoping Review keine formale Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien (Von Elm et al., 2019).

Ein Scoping Review ist ein ideales Instrument, um bei spezifischen Themen die vorhandene Literatur zu bestimmen und einen klaren Hinweis auf den Umfang der verfügbaren Literatur und Studien sowie einen Überblick über die jeweiligen Schwerpunkte zu generieren. Scoping Reviews berichten in einem spezifischen Praxisbereich über die Art der Evidenz und die etwaige Forschungsmethode. Daraus resultiert der allgemeine Zweck für die Durchführung von Scoping Reviews, der darin besteht, die verfügbare Evidenz zu identifizieren und zu kartieren (Munn et al., 2018).

Ein Scoping Review ist selbst dann sinnvoll, wenn die Literatur noch nicht umfassend bewertet wurde. Ein weiterer Vorteil des Scoping Reviews besteht darin, dass die Literatur eine komplexe Problematik aufweist, sodass ein präziserer systematischer Review der Evidenz nicht angezeigt ist (Von Elm et al., 2019).

Scoping Reviews werden zur Verfeinerung einer spezifischen Frage für systematische Reviews eingesetzt (Polit & Beck, 2012). Sie sind den systematischen Reviews zwar ähnlich, da sie einem strukturierten Prozess folgen, jedoch einige wesentliche methodische Unterschiede aufweisen (Munn et al., 2018). Im Gegensatz zu systematischen Reviews werden in Scoping Reviews umfangreiche Fragen erörtert. Sie können Hintergrundinformationen liefern, Strategien für einen systematischen Review vorschlagen und Aufschluss darüber geben, ob eine statistische Integration (z. B. eine Metaanalyse) zu dem spezifischen Thema angezeigt ist (Polit & Beck, 2012). In Fällen, in denen es mit systematischen Reviews nicht möglich ist, eine Forschungsfrage zu bearbeiten, bieten sich Scoping Reviews als gültige Ansätze an (Munn et al., 2018).

Ziel eines Scoping Reviews ist es, darzustellen, welche Arten von Evidenz für die Praxis in einem bestimmten Bereich zur Verfügung stehen. Dadurch können die klinische Entscheidungsfindung und die Praxis gestützt werden (Von Elm et al., 2019).

Da der Scoping Review für die Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfragen geeignet ist, wurde diese Methode für die Ausarbeitung gewählt.

Das folgende Kapitel umfasst die konkrete Beschreibung der Literaturrecherche und widmet sich der Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien. Darüber hinaus werden der Prozess der Studienauswahl und die kritische Bewertung der eingeschlossenen Literatur skizziert.

3.1 Literaturrecherche und Suchstrategie

Die Orientierungs- und Planungsphase, die von März bis April 2020 stattfand, wurde für eine Grobrecherche in verschiedenen Datenbanken genutzt.

Zur gezielten Beantwortung der Forschungsfrage wurde von Mai bis Juni 2020 eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Im Zuge dieser Erhebung wurde eine Suchstrategie generiert, und es wurden spezifische Datenbanken zur Identifikation relevanter internationaler und nationaler Literatur ausgewählt. Recherchiert wurde in den Datenbanken PubMed, Medline (via Ovid), Cochrane Library und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Zur Vervollständigung wurde in der Datenbank Graylit.org nach unveröffentlichten Studien gesucht. Zudem wurde eine Handsuche in den Referenzlisten der inkludierten Studien vorgenommen, die weitere relevante Literatur aufzeigen sollte. Um eine passende Suchstrategie zu generieren, wurden in einem ersten Schritt Keywords festgelegt, die sich von den Komponenten der Forschungsfrage ableiten. Die Begriffe wurden anschließend in die englische Sprache übersetzt. In die Suche wurden Medical Subject Headings (MeSH Terms) beziehungsweise Medical Headings (MH) und Subheadings (SH) einbezogen. Es wurde der MeSH Term „urinary incontinence“ in Verbindung mit dem Subheading „nurs*“ verwendet. Für nurse/nursing wurde eine Trunkierung eingesetzt. Als Einzelbegriffe beziehungsweise Synonyme wurden die Begriffe „nurs*“, „interventions“, „management“, „conservative management“ und „management of incontinence“ mit den Booleschen Operatoren „AND“ beziehungsweise „OR“ verknüpft. Weitere Synonyme wie „long-term-care“ und „nursing home“ wurden mit dem Booleschen Operator „OR“ verbunden. Tabelle 3 verdeutlicht die Suchstrategie mit den einzelnen Keywords.

Tabelle 3: Suchstrategie

	urinary incontinence		MeSH Term
AND	nurs*		MeSH Term
AND	interventions	OR	Subheading
	conservative management		
AND	long-term-care	OR	Subheading
	nursing home		

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Forschungsfrage vollends beantworten zu können, waren Ein- und Ausschlusskriterien festzulegen. Eingeschlossene Studien mussten konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz enthalten, die von Pflegepersonen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich durchgeführt werden können. Die Recherche beschränkte sich auf deutsch- und englischsprachige Studien, die im Zeitraum 2010 bis 2020 veröffentlicht wurden. Literatur, die vor dem Jahr 2010 publiziert wurde, war auszuschließen, um uneingeschränkt aktuelle Forschungsergebnisse identifizieren zu können.

Hinsichtlich des Studiendesigns wurden keinerlei Einschränkungen vorgenommen, um sämtliche Publikationsformen einbeziehen zu können (Von Elm et al., 2019).

Die generierten Forschungsartikel wurden einem Titel- und Abstractscreening unterzogen. Sofern sie den Einschlusskriterien entsprachen, wurde der Volltext bearbeitet. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 4 und 5 dargestellt.

Tabelle 4: Einschlusskriterien

Einschlusskriterien	
Population	Personen mit einer Harninkontinenz ab einem Alter von 65 Jahren, die im Pflegeheim leben
Intervention	Konservative Maßnahmen bei Harninkontinenz, die von Pflegepersonen durchgeführt werden können
Setting	Langzeitpflege
Design	alle Studientypen

Tabelle 5: Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien	
Intervention	Medizinische Maßnahmen, insbesondere chirurgische und pharmakologische Maßnahmen
Setting	Krankenhaus/Ambulanz

Die derart ausgewählten Studien wurden anschließend für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage hinsichtlich ihrer Qualität bewertet. Das folgende Kapitel erläutert die Literaturbewertung inklusive der hierfür verwendeten Bewertungsinstrumente.

3.3 Bewertung der Literatur

Die Bewertung der methodologischen Qualität der ausgewählten Studien erfolgte anhand des Bewertungsbogens *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) der Version 2018 (Hong et al., 2018).

3.3.1 MMAT: Ein Instrument zur kritischen Bewertung

Das *Mixed Methods Appraisal Tool* wurde für die Bewertungsphase systematischer Übersichtsarbeiten mit gemischten Studiendesigns konzipiert. Entwickelt wurde es für Reviews, die qualitative und quantitative Studien mit gemischten Methoden beinhalten. Das MMAT erlaubt die Bewertung der methodologischen Qualität qualitativer Forschung, randomisiert kontrollierter Studien, nicht randomisiert kontrollierter Studien, quantitativer deskriptiver Studien sowie von Mixed-Method-Studien. Die Qualität unterschiedlicher Studiendesigns kann anhand dieses Tools beurteilt werden, wobei eine effiziente Bewertung gelingt, da es auf Kernkriterien beschränkt ist (Hong et al., 2018).

Das Tool besteht aus zwei Teilen: der Checkliste in Teil I und der Erläuterung der Kriterien in Teil II. Die Checkliste enthält diverse Fragestellungen, die in Teil II mit Erklärungen versehen sind. Die Fragen können mit „ja“, „nein“ oder „unklar“ beantwortet und in einem Kommentar erläutert werden. Bei vorhandenen Informationen wird die Frage mit „ja“, bei teilweise vorhandenen Informationen mit „unklar“ und bei fehlenden Informationen mit „nein“ beantwortet. Für die Bewertung jeder eingeschlossenen Studie ist es wichtig, die korrekte Kategorie auszuwählen. Bei diesbezüglichen Unklarheiten kann ein Algorithmus innerhalb der Beschreibung dienlich sein. Es wird empfohlen, aus den Bewertungen jedes Kriteriums keine Gesamtpunktzahl zu berechnen, sondern die Bewertungen der einzelnen Kriterien detailliert darzustellen (Hong et al., 2018).

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche, die Charakteristika der inkludierten Studien und die methodologische Studienqualität umfassend dargestellt. Anhand der Studien werden pflegerische Interventionen, die zum Management von Harninkontinenz in Pflegeheimen angewandt werden, aufgezeigt und erörtert.

4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche führte zu insgesamt 302 Treffern, eine Handsuche in den Literaturlisten konnte keine weiteren Studien generieren. Nach Ausschluss von 71 Duplikaten wurden die verbliebenen 231 Studien einem Titel- und Abstractscreening hinsichtlich der definierten Ein- und Ausschlusskriterien (Kapitel 3.2) unterzogen. Infolge des Screenings wurden 191 Studien exkludiert, die den Ein- und Ausschlusskriterien nicht entsprachen. Anschließend wurde ein Volltextscreening der inkludierten 40 Studien durchgeführt, in dessen Rahmen die Ein- und Ausschlusskriterien erneut überprüft wurden. Daraufhin wurden weitere 33 Studien ausgeschlossen. Die Faktoren für die Studienexklusion im Volltextscreening sind anhand eines Flussdiagramms (Abbildung 1) einzusehen. Sieben Studien erfüllten die festgelegten Einschlusskriterien. Die Studiencharakteristika und die Ergebnisse aus den inkludierten Studien sind dem eigens angefertigten Datenextraktionsblatt in Tabelle 6 und 7 zu entnehmen. Zudem ist der Verlauf der Literaturrecherche in dem folgenden Flussdiagramm dargestellt.

4.2 Flussdiagramm zur Identifizierung der Literatur

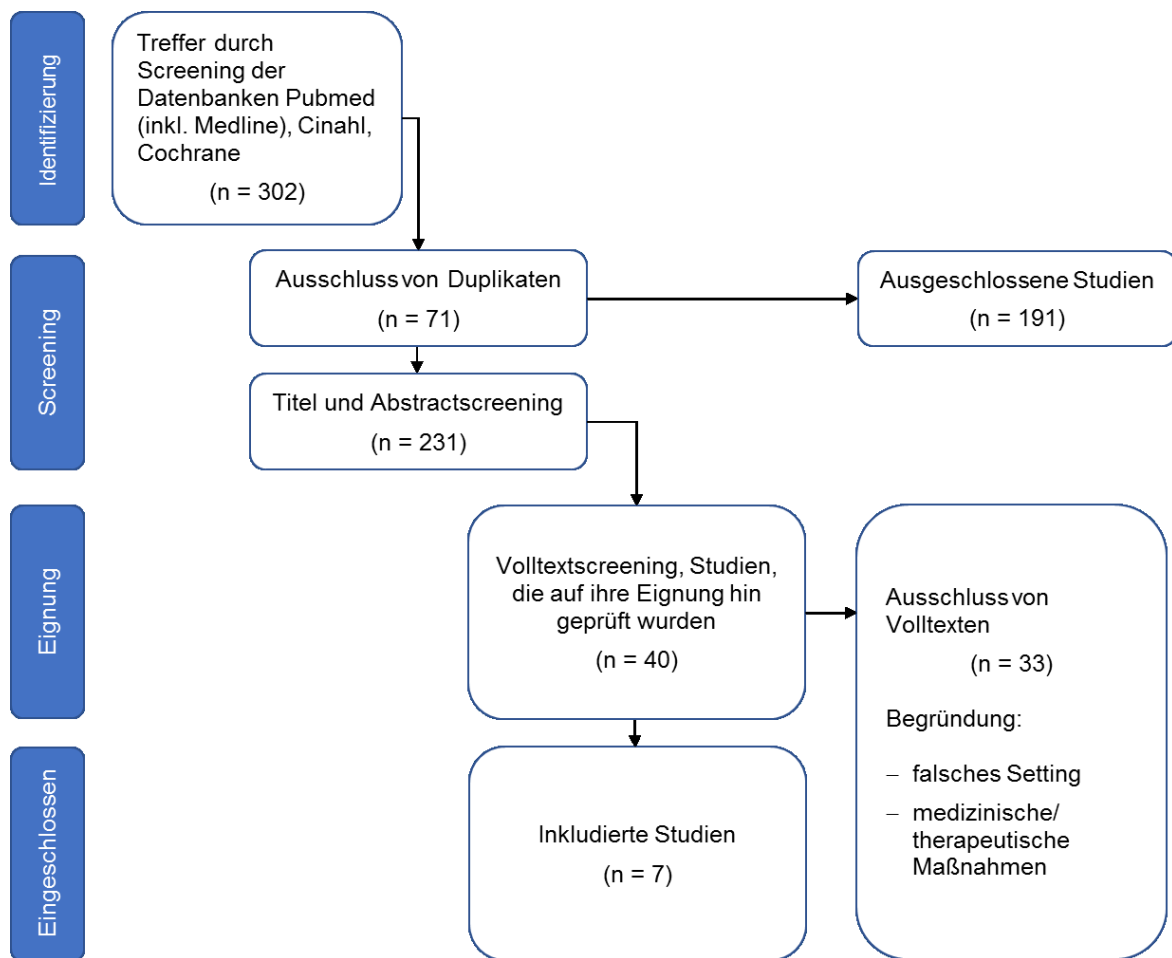


Abbildung 1: Flussdiagramm des Screening Prozesses (angelehnt an Moher et al. (2015))

4.3 Studiencharakteristika

Die Charakteristika der inkludierten Studien sind in Tabelle 6 und 7 skizziert. Die ausgewählten internationalen Studien wurden zwischen 2011 und 2017 publiziert (Flanagan et al., 2012, Flanagan et al., 2014, Roe et al., 2011, Vinsnes et al., 2012, Roe et al., 2013, Stenzelius et al., 2015a, Lai & Wan, 2017).

Eingeschlossen wurden fünf systematische Reviews (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014, Stenzelius et al., 2015a) sowie zwei randomisiert kontrollierte Studien (Vinsnes et al., 2012, Lai & Wan, 2017). Die Studie von Roe et al. (2015) wurde als Ergänzung für die Ergebnisextraktion herangezogen. In diese Evidenzsynthese wurden fünf systematische Reviews eingeschlossen, wovon vier exakt den Einschlusskriterien der vorliegenden Arbeit entsprachen und bereits anhand der zuvor generierten Suchstrategie identifiziert wurden (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014). Die Studie von Roe et al. (2015) war nicht zu den Ergebnisstudien zu zählen, da mit den eingeschlossenen systematischen Reviews gearbeitet wurde. Alle sieben Ergebnisstudien wurden im Pflegeheimsetting durchgeführt.

4.4 Studienanzahl und -population

Insgesamt wurden in die fünf eingeschlossenen systematischen Reviews 77 Studien inkludiert. Die meisten Studien wurden in den systematischen Review (Flanagan et al., 2012) einbezogen, hier waren 33 Studien enthalten. Jeweils neun Einzelstudien berücksichtigten Flanagan et al. (2014) und Stenzelius et al. (2015a) in systematischen Reviews. Die meisten Studien wurden in den USA durchgeführt. Mit Ausnahme der Studie von Stenzelius et al. (2015a), aus der nicht zu entnehmen ist, wie viele Erhebungen in den USA stattfanden, wurden insgesamt 52 Studien in den USA durchgeführt. Von den 77 Einzelstudien wurden neun Untersuchungen in England durchgeführt. Weitere Erhebungsländer waren Japan, Niederlande, Australien, Norwegen, Kanada, Türkei und Israel. Die eingeschlossenen randomisiert kontrollierten Studien wurden in Hong Kong (Lai & Wan, 2017) und Norwegen (Vinsnes et al., 2012) durchgeführt.

Die Samplinggröße der sieben inkludierten Studien mit den jeweiligen Einzelstudien der systematischen Reviews umfasste insgesamt 537.680 Pflegeheimbewohner*innen. Die Datensammlung erfolgte in knapp 2.000 Pflegeheimen, wobei die Pflegeheimbewohner*innen 65 Jahre alt oder älter waren.

Die eingeschlossenen systematischen Reviews (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014) sollten Studien zu pflegerischen Interventionen in Zusammenhang mit dem Management von Harninkontinenz, der Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Kontinenz generieren und damit verbundene Faktoren erheben, die das Management im Pflegeheimsetting beeinflussen. Intendiert war außerdem, die Evidenz und den Effekt konservativer Maßnahmen bei Personen mit Harninkontinenz sowie die Lebensqualität älterer Menschen zu untersuchen (Stenzelius et al., 2015a). Ziel der randomisiert kontrollierten Studien (Vinsnes et al., 2012, Lai & Wan, 2017) war es, zu analysieren, ob bestimmte Trainingsprogramme bzw. Interventionen Auswirkungen auf die Harninkontinenz haben respektive diese verringern können.

4.5 Datenextraktion

Die folgenden Tabellen (6 und 7) bieten einen Überblick der Charakteristika der eingeschlossenen Studien.

Tabelle 6: Studiencharakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews

<u>Autor*in, Jahr, Land</u>	<u>Ziel (Teilnehmer*innen)</u>	<u>Anzahl der eingeschlossenen Studien</u>	<u>Anzahl der Pflegeheime und Teilnehmer*innen</u>
Roe et al., 2011, UK	Erhebung deskriptiver, empirischer Studien zu pflegerischen Interventionen hinsichtlich des Managements von Harninkontinenz und der Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Kontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen ab 65 Jahren.	10	542 Pflegeheime 444.769 Bewohner*innen rekrutiert/ 444.429 abgeschlossen
Flanagan et al., 2012, UK	Erfassung von Interventionsstudien zum Management von Harninkontinenz bzw. zur Förderung sowie Aufrechterhaltung der Kontinenz bei älteren Menschen ab 65 Jahren in Pflegeheimen mit Harninkontinenz als Schwerpunkt.	33	196 Pflegeheime 4.333 Bewohner*innen rekrutiert/ 2.971 abgeschlossen
Roe et al., 2013, UK	Ermittlung deskriptiver, empirischer Studien zu pflegerischen Interventionen und damit verbundenen Faktoren beim Management von Harninkontinenz sowie der Förderung	16	1.203 Pflegeheime aus 14 Studien

	bzw. Aufrechterhaltung der Kontinenz bei älteren Menschen (ab 65 Jahren) in Pflegeheimen mit einem Fokus auf korrelierende Faktoren, die das Management beeinflussen.		87.171 Bewohner*innen befragt/ 86.840 abgeschlossen 367 Mitarbeiter*innen aus 4 Studien 171 Angehörige aus einer Studie
Flanagan et al., 2014, UK	Erhebung von Interventionsstudien zu assoziierten Faktoren beim Management von Harninkontinenz und Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Kontinenz bei älteren Menschen (ab 65 Jahren) in Pflegeheimen.	9	33 Pflegeheime 708 Bewohner*innen rekrutiert/ 701 abgeschlossen
Stenzelius et al., 2015, Schweden	Untersuchung der Evidenz und des Effekts konservativer Maßnahmen bei Personen mit Harninkontinenz (65 Jahre oder älter) sowie der Lebensqualität älterer Menschen.	9	895 Personen

Tabelle 7: Studiencharakteristika der eingeschlossenen RCT's

<u>Autor*innen, Jahr, Land</u>	<u>Ziel</u>	<u>Methode, Zeitraumen</u>	<u>Anzahl der Pflegeheime und Studienpopulation</u>
Lai & Wan, 2017, Hong Kong	Erfassung der Auswirkungen des Managements von Harninkontinenz durch Aufforderung durch das Pflegepersonal zum Toilettengang von Pflegeheimbewohner*innen. Feststellung, ob das Interventionsprogramm über einen Zeitraum von sechs Monaten wirksam ist und die Harninkontinenz verringert.	multizentrische randomisiert kontrollierte Studie, 01.2011–Ende 2013	5 Pflegeheime 52 Bewohner*innen randomisiert/48 abgeschlossen
Vinsnes et al., 2012, Norwegen	Analyse, ob ein individuelles Trainingsprogramm zur Verbesserung der ADL und der körperlichen Leistungsfähigkeit von Pflegeheimbewohner*innen Auswirkungen auf die Harninkontinenz hat.	randomisiert kontrollierte Studie, Herbst 2005–Frühjahr 2006	4 Pflegeheime randomisiert 98/analysiert 68 Pflegeheimbewohner*innen

4.6 Methodologische Bewertung der Ergebnisstudien

Zur methodologischen Bewertung der eingeschlossenen Studien dieses Scoping Reviews wurde das Mixed Methods Appraisal Tool von Hong et al. (2018) verwendet. Die Qualitätsbewertung der einbezogenen Studien unterschiedlicher Studiendesigns sind bei der Autorin einzusehen. Die Ergebnisstudien dieses Scoping Reviews beinhalten unterschiedliche Studiendesigns. Um die Ergebnisse der methodologischen Bewertung der eingeschlossenen Studien adäquater interpretieren und vergleichen zu können, wurde dieses Instrument zur Bewertung herangezogen.

Die eingeschlossenen randomisiert kontrollierten Studien (Lai & Wan, 2017, Vinsnes et al., 2012) wiesen klare Forschungsfragen anhand des PICO-Schemas auf. Die gesammelten Daten ermöglichten die präzise Beantwortung der Forschungsfragen. Die Teilnehmer*innen der randomisiert kontrollierten Studie von Lai & Wan (2017) wurden anhand einer einfachen Randomisierung der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen – beide Gruppen waren zu Studienbeginn vergleichbar. Alle Studienteilnehmer*innen haben sich an die ihnen zugewiesene Intervention gehalten. Die Randomisierung der Studie von Vinsnes et al. (2012) basierte auf einer Zufallszahlenliste. Dabei wurden 48 Pflegeheimbewohner*innen in die Interventionsgruppe und 50 Bewohner*innen in die Kontrollgruppe randomisiert. Die Gruppen waren zu Studienbeginn ebenso vergleichbar, über eine verblindete Erhebung der Outcomes liegen jedoch keine Angaben vor. Die fünf eingeschlossenen systematischen Reviews (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014, Stenzelius et al., 2015a) wurden gleichermaßen mit dem *Mixed Methods Appraisal Tool* bewertet. Alle berücksichtigten systematischen Reviews wiesen klare Forschungsfragen auf, und die gesammelten Daten ermöglichten die Beantwortung der Forschungsfragen. Die Autor*innen legten die Gründe für die Durchführung eines systematischen Reviews dar. Eine dieser Begründungen für die Wahl eines systematischen Reviews bestand in der Möglichkeit, bisherige Forschungsergebnisse unterschiedlicher Studiendesigns zusammenzufassen. Die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse erfolgten übersichtlich. Studienergebnisse wurden mit externer Literatur diskutiert.

5 Interventionen

Im Rahmen der Studien wurden unterschiedliche konservative Schritte zum Management einer Harninkontinenz gesetzt. Aus den Ergebnissen lassen sich Maßnahmen wie Toilettenprogramme und Blasentraining, Aufforderung zum Toilettengang sowie körperliche Aktivität der Pflegeheimbewohner*innen und eine optimierte Flüssigkeitszufuhr ableiten, die nachfolgend erläutert werden.

5.1 Toilettenprogramme und -trainings

Toilettenprogramme und Blasentrainings sind für die Reduzierung von Inkontinenz und die Aufrechterhaltung der Kontinenz vorteilhaft (Flanagan et al., 2014). Interventionen werden gesetzt, um die Kontinenz bei erwachsenen Personen mit einer Harninkontinenz wiederzuerlangen. Ziel jeder Trainingsmaßnahme ist es, das Zeitintervall zwischen den Toilettengängen zu verlängern (Roe et al., 2013).

Die Ergebnisse des systematischen Reviews von Roe et al. (2011) ergaben, dass meist konservative Ansätze zum Management von Inkontinenz und zur Förderung der Kontinenz mithilfe von Toilettentrainings für Bewohner*innen eingesetzt werden. Neben anderen Maßnahmen war das Toilettentraining (einschließlich Blasentraining, geplantem Toilettengang und sofortiger Entleerung) in dokumentierten Richtlinien die am weitesten verbreitete präventive Form zum Management von Inkontinenz.

Drei Studien von Roe et al. (2013) zeigen, dass die Mehrheit der untersuchten Pflegeheime Toilettenpläne oder Blasentraining als Grundlage für das Management von Inkontinenz verwendet. Welche Schritte die Toilettenprogramme oder das Blasentraining beinhalteten, wurde allerdings nicht immer explizit dargestellt. Bei älteren Pflegeheimbewohner*innen wurden häufig Verweilkatheter eingesetzt. Aufgrund der hohen Infektionsraten und Morbidität, die mit Verweilkathetern verbunden sind, werden Toilettenprogramme oder nicht-invasive Methoden empfohlen.

Im systematischen Review von Flanagan et al. (2012) wurden Interventionsstudien zum Management von Harninkontinenz sowie zur Förderung und Aufrechterhaltung der Kontinenz synthetisiert. Die Autor*innen untersuchten verschiedene konservative pflegerische Maßnahmen zum Management von Inkontinenz in Pflegeheimen. Die nachstehende Tabelle definiert die einzelnen pflegerischen Interventionen.

Tabelle 8: Toilettenprogramme

Intervention	Definition
Blasentraining	Training zur Vermeidung von Inkontinenz und zur Aufrechterhaltung der Kontinenz durch zeitnahe Toilettenintervalle.
Sofortige Entleerung	Positive Verstärkung der spontanen, oder nach mündlicher Aufforderung einer Pflegeperson angeforderten Toilettenhilfe.
Zeitgesteuerte/ geplante Entleerung	Vorgegebene Zeitintervalle zwischen den Toilettengängen. Anwendbar für Personen mit kognitiver oder ohne kognitive Beeinträchtigung. Ein unterstütztes Toilettenprogramm für Personen, die keinen unabhängigen Toilettengang durchführen können.
Gewohnheitstraining	Ein verhaltensorientiertes Toilettenprogramm. Toilettenmuster von Betroffenen werden identifiziert und ein Zeitplan zur Verhinderung der Blasenentleerung durch Erhöhen oder Verringern der Intervalle zwischen den Toilettengängen entwickelt.

5.2 Aufforderung zum Toilettengang

Die Auswirkungen der Maßnahme „Aufforderung zum Toilettengang“ wurde innerhalb der inkludierten Studien im Rahmen von sechs Erhebungen beleuchtet (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014, Stenzelius et al., 2015a, Lai & Wan, 2017).

In der Studie von Flanagan et al. (2014) wurde eine Qualitätskontrolle des Pflegepersonals zur Aufrechterhaltung der Aufforderung zum Toilettengang der Bewohner*innen durchgeführt. Diese Evaluierung umfasste eine validierte Bewertung der Inkontinenzbehandlung sowie Kontrollverfahren, um die Qualitätssicherung zu ermöglichen. Die Intervention dauerte sieben Tage. Die ersten 48 Stunden beinhalteten stündliche Nasskontrollen, wobei Inkontinenzunterlagen gewechselt wurden und das Gewicht der Einlagen erhoben wurde. Während dieser Zeit wurden Bewohner*innen nicht zum Toilettengang aufgefordert. Ab dem dritten Tag wurde ein Zeitplan eingesetzt, der vorsah, Bewohner*innen stündlich an den Toilettengang zu erinnern. Zusätzlich führten Bewohner*innen Selbstberichte, die ebenso stündlich überprüft wurden. Die verbleibenden vier Tage dieser Intervention enthielten zwei stündliche „Aufforderungs-Zeitpläne“ mit selbst initiiertem Toilettengang.

Lai & Wan (2017) beleuchteten anhand einer randomisiert kontrollierten Studie Entleerungsmaßnahmen wie die „Aufforderung zum Toilettengang“. Ziel der multizentrischen randomisiert kontrollierten Studie war es, die Auswirkungen des Managements von Harninkontinenz anhand von Aufforderungen durch das Pflegepersonal zum Toilettengang von Pflegeheimbewohner*innen zu prüfen. Es sollte erhoben werden, ob das Interventionsprogramm über einen Zeitraum von sechs Monaten wirksam ist und die Harninkontinenz verringern kann. Durchgeführt wurde die Intervention durch das Pflegepersonal in einem Zeitraum über sechs Monate. Die Mitarbeiter*innen der Pflegeheime wurden geschult, um die Handlungen korrekt durchführen zu können. Alle Pflegeheimbewohner*innen trugen saugfähige Einmaleinlagen, die zuvor gewogen und in Intervallen von zwei bis zweieinhalb Stunden zwischen sieben und 19 Uhr auf Nässe überprüft wurden.

Jedes Nettovolumen von mehr als fünf Millilitern wurde als feuchte Episode behandelt. Das Pflegeheimpersonal bestärkte die Teilnehmer*innen, wenn sie die Trockenheit aufrechterhalten konnten und sich nach Aufforderung in der Toilette entleerten.

Drei Monate nach der Intervention konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der gesamten kontinenten Toilettengänge pro Tag zugunsten der Interventionsgruppe beobachtet werden. Nach sechs Monaten waren signifikante Unterschiede in den feuchten Episoden pro Tag, der Inkontinenzrate pro Tag und in den gesamten kontinenten Toilettengängen pro Tag zwischen den beiden Gruppen mit positiven Ergebnissen in der Interventionsgruppe festzustellen (Lai & Wan, 2017).

Die Aufforderung zum Toilettengang in Verbindung mit körperlicher Aktivität hat im Management von Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen einen positiven Effekt (Roe et al., 2011). Die beschriebene Intervention kann die Harninkontinenz bei älteren Menschen in Pflegeheimen kurzfristig verbessern (Flanagan et al., 2012), weshalb bei der kurzfristigen Behandlung von Inkontinenz die Aufforderung zum Toilettengang wirksam sein kann (Roe et al., 2013).

5.3 Kontrollierte Flüssigkeitszufuhr

In den Ergebnisstudien wird die pflegerische Intervention einer kontrollierten Flüssigkeitszufuhr mit der Aufforderung zum Toilettengang der Pflegeheimbewohner*innen und der Unterstützung beim Toilettengang kombiniert.

5.3.1 Kontrollierte Flüssigkeitszufuhr und Aufforderung zum Toilettengang

Die Erhebung von Flanagan et al. (2014) machte eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr und eine Verringerung der Inkontinenz deutlich. Den Pflegeheimbewohner*innen wurde alle eineinhalb Stunden ein Getränk angeboten. Weiterhin wurden sie zum Toilettengang aufgefordert und dabei begleitet. Ebenso wurde die Hautreinigung durchgeführt und die Inkontinenzunterlagen gewechselt.

Eine weitere Studie integrierte Bewegungsübungen in die Inkontinenzversorgung (Stenzelius et al., 2015a). Stattgefunden haben diese alle zwei Stunden zwischen acht und 16 Uhr an fünf Tagen in der Woche über einen Zeitraum von 32 Wochen. Vor und nach der Inkontinenzpflege forderten die Pflegepersonen die Bewohner*innen auf, selbst mit dem Rollstuhl zu fahren oder bis zu acht Mal aus dem Sessel aufzustehen. Einmal täglich wurde Krafttraining für den Oberkörper absolviert (Armbeugen und -heben). Den Teilnehmer*innen wurde nach jeder Episode Flüssigkeit angeboten. Die Analyse zeigte, dass die Intervention Auswirkungen auf den Harnverlust, zu Gunsten der Inkontinenz bei älteren Menschen, hatte. Der Effekt war statistisch signifikant.

5.3.2 Aufforderung zum Trinken und Unterstützung beim Toilettengang

Innerhalb einer in den systematischen Review von Flanagan et al. (2014) eingeschlossenen mehrphasigen Crossover-Studie wurden die Förderung der Kontinenz und das Management der Inkontinenz analysiert. Pflegeheimbewohner*innen wurden zu Studienbeginn anhand von zwei abhängigen Variablen in zwei Gruppen aufgeteilt (Dehydration und Häufigkeit der Inkontinenz) und zufällig zugeordnet.

An der Studie haben 16 Pflegeheimbewohner*innen teilgenommen. Die Mehrheit davon waren Frauen (n = 14) mit einem Alter zwischen 59 und 96 Jahren.

Krankenpfleger*innen kamen alle eineinhalb Stunden mit einem Wagen in jedes Zimmer, der mit Getränken, IKH, Handtüchern, Deodorant und Puder ausgestattet war. Als Intervention boten die Krankenpfleger*innen bei diesen Besuchen Getränke an, halfen beim Toilettengang und wechselten Inkontinenzprodukte bei Verschmutzung. Diese Studie umfasste fünf Phasen mit einer Dauer von jeweils zehn Tagen. Phase eins war die Basiserhebung unter Durchführung der Standardpflege (dreistündliche Bettenkontrolle) und die Zuteilung der Studienteilnehmer*innen. In Phase zwei erhielt Gruppe A die Intervention und Gruppe B erhielt die Standardpflege. In Phase drei erhielt Gruppe B die Intervention und Gruppe A die Standardpflege. In der vierten Phase wurde in beiden Gruppen eine Basiserhebung durchgeführt, und in Phase fünf erhielten beide Gruppen die Intervention. Die ersten sieben Tage ließen Zeit für die Hydratation/Dehydration. Daraus resultierten zwei zentrale Ergebnismaße, einschließlich Dehydration (gemessen mit einem Urinometer) und Inkontinenz (Windelkontrollen). 25 % (n = 4) der Bewohner*innen waren zu Studienbeginn auf der Grundlage des Urinometer-Scores dehydriert (20–21 Punkte zeigen eine grenzwertige Dehydration und 22 oder mehr eine signifikante Dehydration). Regelmäßige Aufforderungen zum Trinken, die Unterstützung beim Trinken und den Toilettengängen wirken sich positiv auf die Flüssigkeitszufuhr und die Aufrechterhaltung der Kontinenz aus. Die mittleren Urinometerwerte bei Beobachtung der Phasen zeigten eine deutliche Verbesserung in Zusammenhang mit Aufforderungen zum Trinken ($p < 0,002$) (Flanagan et al., 2014).

Der zweite Endpunkt war die Häufigkeit der Inkontinenz. Über einen Zeitraum von drei Tagen zeigte sich in der Interventionsgruppe eine Verringerung der Inkontinenz. Wenn sowohl der Wagen als auch die Aufforderung eingesetzt wurden, waren acht Personen (50 %) kontinent, verglichen mit zwei Personen (12 %), die lediglich die Standardpflege mit dreistündlichen Kontrollen erhielten (Flanagan et al., 2014).

5.4 Körperliche Aktivität

Zum Management von Harninkontinenz wurden körperliche Trainings in den ausgewählten Studien in Kombination mit der Aufforderung an die Pflegeheimbewohner*innen zum Toilettengang durchgeführt.

5.4.1 Aufforderung zum Toilettengang mit Bewegung

Eine randomisiert kontrollierte Studie aus dem systematischen Review von Flanagan et al. (2014) fokussierte sich auf körperliche Bewegung und Mobilität als primäre Endpunkte bei Pflegeheimbewohner*innen, die von einer Inkontinenz betroffen waren. Die Intervention dauerte acht Wochen, die Teilnehmer*innen wurden in zwei Gruppen randomisiert. Die Betroffenen einer Gruppe wurden zum Toilettengang aufgefordert, in der Interventionsgruppe wurden die Teilnehmer*innen unter Anwendung einer Übungsintervention – Functional Incidental Training (FIT) – zum Toilettengang angehalten. Diese Bewegungsintervention (FIT) beinhaltet das Gehen, das selbstständige Rollstuhlfahren oder das Stehen von Pflegeheimbewohner*innen. Zusätzlich wurden Armübungen zur Stärkung der Muskulatur durchgeführt.

Die Studie umfasste vier Pflegeheime. 76 inkontinente Pflegeheimbewohner*innen, die unter schwerer kognitiver Beeinträchtigung und körperlicher Gebrechlichkeit litten, beendeten die Studie. Die Mehrheit war weiblich, $n = 59$ (78 %), mit einem Durchschnittsalter von 85,1 Jahren (SD 8,2). Alle Bewohner*innen hatten eine Demenz mit einer durchschnittlichen Mini-Mental-State-Examination (MMSE) von 11,6 Punkten, sie waren sehr inaktiv und deconditioniert (Flanagan et al., 2014).

Das Forschungspersonal führte an fünf Tagen in der Woche und acht Stunden pro Tag alle zwei Stunden eine Nasskontrolle der Inkontinenzeinlage durch. Die Inkontinenzpflege und die soziale Interaktion waren in beiden Gruppen gleich. Das Aktivitätsniveau aller Pflegeheimbewohner*innen war vor der Intervention niedrig. In der Gruppe, in der die Teilnehmer*innen lediglich zum Toilettengang aufgefordert wurden, betrug die Durchschnittszeit pro Inkontinenzepisode 7,7 Minuten.

Wenn zusätzlich zur Aufforderung zum Toilettengang die körperliche Aktivität der Pflegeheimbewohner*innen gefordert war, belief sich die Durchschnittszeit pro Episode auf 13,2 Minuten. Im Vergleich der beiden Gruppen waren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Inkontinenz-Episoden oder Toilettenhilfe über den Zeitraum von acht Wochen erkennbar. Beide Gruppen wiesen jedoch eine Verringerung der Gesamtzahl an Inkontinenz-Episoden auf (Flanagan et al., 2014).

5.4.2 Trainingsprogramm – ADL

Die randomisiert kontrollierte Studie von Vinsnes et al. (2012) sollte prüfen, ob ein individuelles Trainingsprogramm zur Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und der körperlichen Leistungsfähigkeit von Pflegeheimbewohner*innen Auswirkungen auf die Harninkontinenz hat. Die Studienteilnehmer*innen waren > 65 Jahre alt und länger als drei Monate in einem Pflegeheim. Voraussetzung für die Teilnahme war die Hilfsbedürftigkeit der Pflegeheimbewohner*innen bei mindestens einer ADL. Insgesamt wurden 68 Pflegeheimbewohner*innen in die Analyse einbezogen, 36 in die Interventionsgruppe und 33 in die Kontrollgruppe.

Das Trainingsprogramm, das die IG erhielt, dauerte drei Monate und umfasste körperliche Aktivität wie beispielsweise Ausdauertraining in Form von Geh- und Transferübungen, und ADL-Training. Es wurde für jede/n Bewohner*in individuell angepasst, und demnach wurden für die Teilnehmer*innen persönliche Behandlungsziele ermittelt. Einzelpersonen und Gruppen wurden Schulungen zu Transfer- und Gehfähigkeit, Gleichgewicht, Muskelkraft und Ausdauer angeboten. ADL-Schulungen wurden durchgeführt, wenn Bewohner*innen Hilfe während der Mahlzeiten, bei der Körperpflege oder beim Ankleiden benötigten. Alle Teilnehmer*innen wurden aufgefordert, an kreativen und/oder unterhaltsamen Aktivitäten teilzunehmen. Die Mitarbeiter*innen auf den Stationen wurden über die Behandlungsziele der Bewohner*innen informiert, zusätzlich wurden zwei Physiotherapeut*innen und zwei Ergotherapeut*innen zur Unterstützung eingestellt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Pflege, d.h. kein Trainingsprogramm zur körperlichen Aktivität und ADL-Training (Vinsnes et al., 2012).

Intendiert war die Ermittlung der Reduktion der Harninkontinenz. Diese wurde mittels eines 24-Stunden-Inkontinenzeinlagen-Wiegetests (24PWT) erhoben. Hierbei werden die Inkontinenzeinlagen regelmäßig gewogen, um ihr Volumen ermitteln zu können. Bei Studienbeginn gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bei dieser Messung ($p= 0.15$). Die Veränderungen wurden vom Ausgangswert bis drei Monate nach Ende der Intervention berechnet. Die mittlere Differenz drei Monate nach der Intervention zwischen den beiden Gruppen nach Ausflussmenge betrug 191 g ($p= 0.03$). Dieses Ergebnis war statistisch signifikant. Bei den Bewohner*innen, die keine experimentelle Intervention erhielten, nahm die Ausflussmenge zu, während die Harninkontinenz in der Interventionsgruppe abnahm. Die Interventionsgruppe hatte nach diesem Trainingsprogramm zur Verbesserung der ADL und der körperlichen Leistungsfähigkeit signifikant bessere Ergebnisse vorzuweisen als die Kontrollgruppe (Vinsnes et al., 2012).

5.5 Wirksamkeit der Interventionen – Empfehlungen für die Pflegepraxis

In der nachstehenden Tabelle (5) sind die zentralen Interventionen, die anhand der Literaturrecherche innerhalb der Ergebnisstudien identifiziert werden konnten, dargestellt, wobei die Inkontinenzreduktion jeweils als Endpunkt festgelegt war.

Tabelle 5: Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz

Intervention	Studie(n)	Endpunkt: Reduktion von Inkontinenz
Toilettenprogramme und Blasentraining	Flanagan et al., 2014	✓ <u>wirksam</u>
Aufforderung zum Toilettengang	Roe et al., 2011 Flanagan et al., 2012 Roe et al., 2013 Flanagan et al., 2014 Stenzelius et al., 2015 Lai & Wan, 2017	✓ <u>wirksam</u>
Körperliche Aktivität und kontrollierte Flüssigkeitszufuhr	Flanagan et al., 2014 Vinsnes et al., 2012 Stenzelius et al., 2015	✓ <u>wirksam</u> ✓ <u>statistisch signifikant wirksam</u>

Toilettenprogramme, Blasentrainings und Pflegeheimbewohner*innen zum Toilettengang anzuhalten, reduziert eine bestehende Harninkontinenz bei Betroffenen wirksam (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014, Stenzelius et al., 2015, Lai & Wan, 2017).

Regelmäßige Bewegungsübungen als körperliche Aktivität von Inkontinenzbetroffenen führen zu einer statistisch signifikanten Reduktion der Inkontinenz. Ebenso wirkt eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr sich positiv auf eine vorhandene Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen aus (Flanagan et al., 2014, Vinsnes et al., 2012, Stenzelius et al., 2015).

6 Diskussion

Die Intention dieses Scoping Reviews bestand darin, konservative pflegerische Maßnahmen, die in Pflegeheimen zum Management von Harninkontinenz angewandt werden, zu beschreiben. Anhand einer umfassenden Literaturrecherche und Studienbewertung wurden sieben Studien unterschiedlichen Designs in die Ergebnisdarstellung eingeschlossen. Diese beinhaltete fünf systematische Reviews und zwei randomisiert kontrollierte Studien.

In diesem Kapitel werden konservative pflegerische Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz anhand der Erkenntnisse aus der internationalen Fachliteratur diskutiert.

Ferner werden die Stärken dieses Scoping Reviews hervorgehoben, und es wird auf Limitationen, denen bei der Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit begegnet wurde, eingegangen.

Die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz wird dargestellt. Basierend darauf werden Empfehlungen für die tägliche Pflegepraxis ausgesprochen.

Abschließend werden Implikationen für weitere Forschung sowie Ausbildung gegeben.

6.1 Diskussion der pflegerischen Maßnahmen

Die Ergebnisse der Recherche zeigen, dass in der aktuellen internationalen Forschungsliteratur unterschiedliche Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz in Pflegeheimen angewandt werden.

Die konservativen pflegerischen Interventionen zum Management von Harninkontinenz für Betroffene in Pflegeheimen, die aus den Studienergebnissen dieses Scoping Reviews abzuleiten sind, lassen sich in drei Säulen unterteilen.

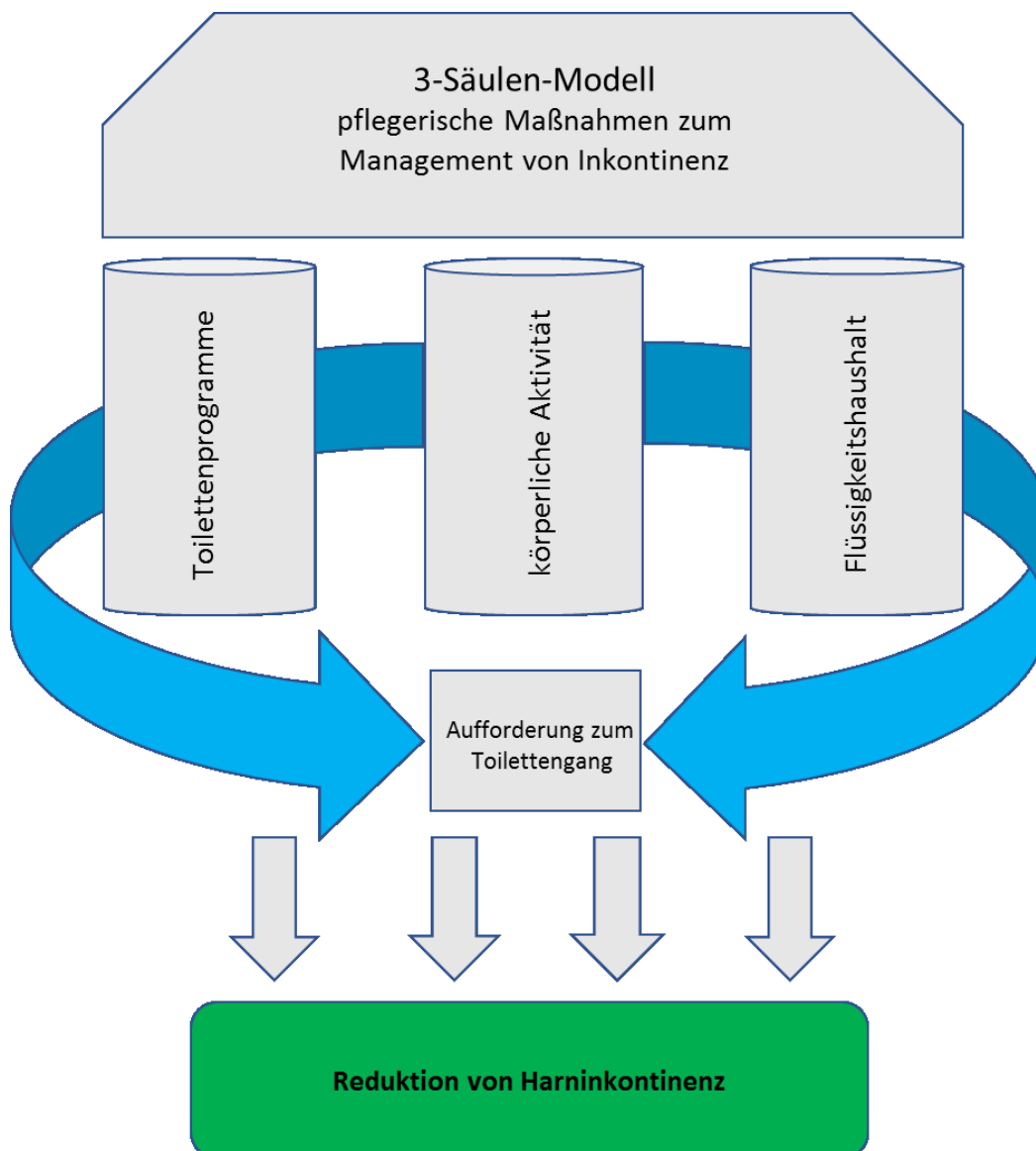


Abbildung 2: 3-Säulen-Modell – Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz

Der ersten Säule lassen sich Toilettenprogramme und Toilettentrainings zuordnen. Diese konservativen Interventionen werden bei der Minderung von Harninkontinenz und der Aufrechterhaltung der Kontinenz empfohlen (Flanagan et al., 2014).

Diese Erkenntnis deckt sich mit den Angaben aus ähnlichen Studien, die belegen, dass Toilettentrainings die am häufigsten angewandten und am weitesten verbreiteten Vorgehensweisen zum Management von Inkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen sind (Roe et al., 2011) und die Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion einer Harninkontinenz vorweisen können (Roe et al., 2013). Wallace et al. (2004) und Dumoulin et al. (2014) bestätigen, dass Trainingsprogramme wie Blasen- oder Beckenbodenmuskeltraining erfolgreiche konservative Interventionen zur Reduktion von Harninkontinenz sind.

In der Querschnittsstudie von Mandl et al. (2015) welche in österreichischen Pflegeheimen abgehalten wurde, wurde die Anwendung von inkontinenzbezogenen Interventionen zum Management von Harninkontinenz erhoben. Die häufigsten Interventionen waren Inkontinenzeinlagen als Einwegprodukt oder waschbar (84,9 %), oder Einlagen/Matten zum Platzieren unter der/dem Bewohner*in. Bei ungefähr 50 % der Bewohner*innen wurde die Kleidung angepasst, d. h. es wurde beispielsweise bequeme Kleidung angeboten. Im Gegensatz dazu wurde nur bei 15 % der Bewohner*innen ein fixer Toilettenplan festgelegt. Trainingsinterventionen wie Blasentraining/Beckenbodenmuskelübungen oder Entspannungsübungen wurden nur bei 5,3 % der Bewohner*innen angewendet (Mandl et al., 2015). Die hohe Arbeitsbelastung des Pflegepersonals könnte den häufigen Einsatz saugfähiger Produkte in österreichischen Pflegeheimen erklären. Möglicherweise sind aufgrund des Personalschlüssels nur wenige Pflegeheime in der Lage, den Einsatz von qualitativ hochwertigen pflegerischen Maßnahmen zum Management von Inkontinenz sicherzustellen (Bliss et al., 2004). Basierend auf der Erkenntnis von Flanagan et al. (2014), dass konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz höhere Kosten als der Einsatz von Inkontinenzprodukten verursachen, könnte abgeleitet werden, dass dieser Kostenunterschied ein möglicher Grund ist, warum in österreichischen Pflegeheimen vermehrt Inkontinenzprodukte eingesetzt werden (Mandl et al., 2015).

Zu den konservativen Maßnahmen zählt zudem die zeitgesteuerte Blasenentleerung, die auch als geplante Entleerung bezeichnet wird. Dieses Mittel sieht feste Zeitintervalle zwischen den Toilettengängen vor. Ebenso kann ein verhaltensorientiertes Toilettenprogramm zu diesen Maßnahmen gezählt werden. Hierbei werden die Toilettenmuster von Betroffenen identifiziert, und es wird ein individueller Zeitplan für die Blasenentleerung entwickelt (Flanagan et al., 2012).

Die Literatur zu Ostaszkiwicz et al. (2005) und Ostaszkiwicz et al. (2004) weist nicht genügend Evidenz auf, um feststellen zu können, ob eine zeitgesteuerte Entleerung die Kontinenz verbessern und dadurch eine Inkontinenzreduktion erwirken kann. Gleichermaßen konnten Studien nicht belegen, ob Gewohnheitstrainings eine bestehende Inkontinenz verringern können.

Die konservative pflegerische Maßnahme „Aufforderung zur Entleerung“ zur Reduzierung einer bestehenden Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen wurde im Rahmen von insgesamt sechs der sieben inkludierten Ergebnisstudien untersucht. Diese Intervention zählt ebenso zur Säule der Toilettentrainings. Die „Aufforderung zur Entleerung“ verringerte die Inkontinenzrate bei den Pflegeheimbewohner*innen. Inkontinenten Pflegeheimbewohner*innen gelang es anhand dieser Handlungsweise, dass die Einlage vermehrt trocken geblieben ist und sie erfolgreich nach Aufforderung der Pflegeperson in der Toilette entleeren konnten (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014, Stenzelius et al., 2015, Lai & Wan, 2017).

Eustice et al. (2000) zeigten, dass die konservativen Maßnahmen „sofortige Entleerung“ sowie „Aufforderung zur Entleerung“ kurzfristig zur Verbesserung der Trockenheit der Einlagen bei Pflegeheimbewohner*innen am Tag beitragen. Ebenso zeigte sich, dass die „Aufforderung zur Entleerung“ den selbstinitiierten Toilettengang der Pflegeheimbewohner*innen erhöhte, und inkontinente Episoden verringerte. Langfristige Effekte seien ihren Erkenntnissen zufolge nicht bekannt. Auch im systematischen Review von Palmer et al. (2005) wurde die konservative Maßnahme „Aufforderung zur Entleerung“ untersucht. Die Autor*innen stellten fest, dass die Intervention eine Verringerung der Nassepisoden bewirken kann.

Die konservative Maßnahme „Aufforderung zur Entleerung“ wurde sehr häufig als Intervention zur Inkontinenzreduktion eingesetzt. Die Ergebnisse aus dem Scoping Review decken sich überwiegend mit den Erkenntnissen anderer Studien (Eustice et al., 2000, Palmer et al., 2005). Die konservative Maßnahme „Aufforderung zur Entleerung“ führt in den Ergebnisstudien sowie diskutierten Studien zu einer Reduktion der Harninkontinenz. Somit kann der „Aufforderung zur Entleerung“ innerhalb der diskutierten Studien zumindest die kurzfristige Verbesserung einer bestehenden Harninkontinenz zugeschrieben werden (Roe et al., 2011, Flanagan et al., 2012, Roe et al., 2013, Flanagan et al., 2014, Stenzelius et al., 2015, Lai & Wan, 2017, Eustice et al., 2000, Palmer et al., 2005).

Die zeitgesteuerte Blasenentleerung, welche mit zwei externen Studien verglichen wurde, weist nicht genügend Evidenz auf, um eine Reduktion einer bestehenden Harninkontinenz erwähnen zu können (Ostaszkiwicz et al., 2005, Ostaszkiwicz et al., 2004).

Die zweite Säule der konservativen pflegerischen Maßnahmen zum Management von Inkontinenz in Pflegeheimen ist die körperliche Aktivität. Dazu zählen die Aufforderung zum Toilettengang in Verbindung mit Bewegung sowie individuelle Trainingsprogramme zur Verbesserung der ADL.

Körperliche Bewegung und Mobilität zur Reduktion von Inkontinenz bei Betroffenen in Pflegeheimen wurden im systematischen Review von Flanagan et al. (2014) als primäre Endpunkte erhoben. Unter Anwendung einer bestimmten Übungsintervention (FIT) wurden Betroffene zum Toilettengang aufgefordert. Es zeigte sich eine Verringerung der Gesamtzahl der Inkontinenz-Episoden bei den Studienteilnehmer*innen. Diese Studie belegte, dass Trainingsprotokolle die körperliche Aktivität anfänglich steigern und diese Zunahme während des gesamten Versuchszeitraums aufrechterhalten werden kann. Zudem konnte dargelegt werden, dass dieses Vorgehen auf Personen mit einer schweren demenziellen Erkrankung, inkontinente, dekonditionierte und gebrechliche Pflegeheimbewohner*innen ausgedehnt werden kann. Unbekannt ist allerdings weiterhin, ob dieses Aktivitätsniveau langfristig aufrechterhalten werden kann. Die pflegerische Intervention erhöht zwangsläufig die benötigte Zeit für Pflegepersonen (Flanagan et al., 2014).

Ob ein individuelles Trainingsprogramm zur Verbesserung der ADL von Pflegeheimbewohner*innen Auswirkungen auf die Harninkontinenz hat, wurde in der randomisiert kontrollierten Studie von Vinsnes et al. (2012) erhoben. Der Hauptendpunkt, die Ermittlung der Reduktion der Harninkontinenz, wurde mit einem spezifischen Wiegetest gemessen. Die Ausflussmenge in die Inkontinenzeinlagen, konnte durch das Trainingsprogramm reduziert werden (Vinsnes et al., 2012).

In der randomisiert kontrollierten Studie von Van Houten et al. (2007) wurden harninkontinenten Pflegeheimbewohnerinnen ein achtwöchiges individuelles Trainingsprogramm für Mobilitäts- und Toilettenkenntnisse von Physio- und Ergotherapeuten*innen angeboten. Die Intervention führte zu einer Verringerung des täglichen Urinverlusts um 37,7 %. Drei Frauen in der IG wurden kontinent (Van Houten et al., 2007).

In einer weiteren randomisiert kontrollierten Studie, welche in sechs ausgewählten Pflegeheimen in Großbritannien durchgeführt wurde, wurden konservative Maßnahmen wie Gruppenmobilitätsübungen zur Reduktion von Harninkontinenz mit Pflegeheimbewohner*innen durchgeführt. Die Übungen zur Stärkung der körperlichen Aktivität wurden von Physiotherapeut*innen geleitet. Zusätzlich wurden Pflegepersonen geschult, um jene Maßnahmen in der täglichen Pflegepraxis anwenden zu können. Gemessen wurde der Kontinenzstatus, die körperliche Mobilität der Pflegeheimbewohner*innen sowie die Machbarkeit der Intervention und das Wissen des Pflegepersonals. Die Ergebnisse von Sackley et al. (2008) zeigten, dass Schulungen des Personals in Kombination mit Gruppenübungen eine Reduktion der Harninkontinenz bei den Pflegeheimbewohner*innen bewirken können (Sackley et al., 2008).

Keine Verringerungen der Harninkontinenz waren allerdings im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie von Tak et al. (2012) zu beobachten, die zum Ziel hatte, ein Trainingsprogramm zur Vorbeugung und Reduzierung von Harninkontinenz einzusetzen. Das Übungsprogramm zielte darauf ab, die funktionelle Leistung des Beckenbodenmuskels, der Blase und die körperliche Leistungsfähigkeit von Frauen zu verbessern, die in Pflegeheimen leben. Die primären Endpunkte dieser in den Niederlanden durchgeführten Studie waren das Vorhandensein oder Fehlen einer Harninkontinenz und ein körperlicher Leistungstest. Die Studie legte zwar dar, dass eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei Pflegeheimbewohner*innen durch Bewegung möglich ist, jedoch korrelierten die beobachteten Verringerungen der Harninkontinenz nicht mit der Intervention (Tak et al., 2012).

Wie aus den Erläuterungen der Interventionen zu körperlicher Aktivität und damit für eine Inkontinenzreduktion hervorgeht, wurden diese konservativen Maßnahmen – also körperliches Training – zumeist mit weiteren Maßnahmen wie beispielsweise die Aufforderung zum Toilettengang (Flanagan et al., 2014), Programme für Toilettenkenntnisse (Van Houten et al., 2007) und Schulungen des Pflegepersonals zur Durchführung von Mobilitätsprogrammen (Sackley et al., 2008) verbunden.

Resultat war in allen Studien die Reduktion der Harninkontinenz, wobei sich die Ergebnisse mit der externen Studie von Tak et al. (2012) nicht decken.

Die dritte und letzte Säule der konservativen pflegerischen Maßnahmen zur Reduktion der Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen stellt die kontrollierte Flüssigkeitszufuhr dar.

Gekoppelt wird die Intervention „kontrollierte Flüssigkeitszufuhr“ an die Intervention „Aufforderung zum Toilettengang“ (Flanagan et al., 2014). Ebenso wurden Bewegungsübungen in die Inkontinenzversorgung integriert. In der Studie von Stenzelius et al. (2015) forderten Pflegepersonen die Pflegeheimbewohner*innen vor und nach der Inkontinenzpflege auf, körperliche Übungen durchzuführen. Nach jeder Einheit wurde den Teilnehmer*innen Flüssigkeit angeboten. Diese Intervention bedingte eine statistisch signifikante Verbesserung der Inkontinenz bei den Pflegeheimbewohner*innen.

Anhand einer Interventionsstudie von Schnelle et al. (2010), die in sechs Pflegeheimen stattgefunden hat, wurden Interventionen wie Unterstützung beim Toilettengang, Bewegung sowie eine verbesserte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme hinsichtlich einer möglichen Korrelation mit der Reduktion von Harninkontinenz analysiert. Die Intervention erhöhte die körperliche Aktivität, die Häufigkeit des Toilettengangs und die Nahrungs- sowie Flüssigkeitsaufnahme der Teilnehmer*innen signifikant. Die Harninkontinenz verbesserte sich (Schnelle et al., 2010).

Ähnliche Maßnahmen ergriffen Flanagan et al. (2014) zur Förderung der Kontinenz. Hier wurden den Teilnehmer*innen alle eineinhalb Stunden Getränke, IKH, Handtücher sowie Hilfeleistungen beim Toilettengang angeboten. Die Ergebnisse dieser Interventionen waren ähnlich, insofern Forscher*innen zu dem Schluss kamen, dass die Verschmutzung der IKH sowie die Inkontinenz sich verringerten, wenn die Teilnehmer*innen zum Trinken aufgefordert wurden und ihnen Hilfe beim Toilettengang angeboten wurde.

Eine individuelle Pflegestrategie entwickelten die Autor*innen von Tanaka et al. (2009). In der Interventionsstudie wurden Pflegeheimbewohner*innen zum Trinken ermutigt, in die Toilette zu urinieren und mehr als sechs Stunden pro Tag außerhalb des Bettes zu verbringen.

Die Flüssigkeitsaufnahme nahm signifikant zu ($p < 0.0001$) während die in nassen IKH verbrachte Zeit abnahm. Die Anzahl der Bewohner*innen die täglich IKH trugen nahm ebenso ab (Tanaka et al., 2009).

Die Ergebnisse der konservativen Maßnahme „kontrollierte Flüssigkeitszufuhr“ zur Reduktion der Harninkontinenz von Pflegeheimbewohner*innen stimmen mit den Resultaten vergleichbarer Studien (Schnelle et al., 2010, Tanaka et al., 2009) der Harninkontinenz betreffend überein. Wiederum wurde diese Intervention in allen Studien mit weiteren Maßnahmen verbunden, beispielsweise mit der Unterstützung beim Toilettengang (Flanagan et al., 2014, Stenzelius et al., 2015). Diese Kombination führte womöglich dazu, dass die Vorgehensweisen in allen Studien die Harninkontinenz wirksam minimieren konnten.

6.2 Stärken und Limitationen

Im Rahmen der Ausarbeitung der vorliegenden Masterarbeit konnten zahlreiche Stärken wie auch Limitationen aufgezeigt werden. Eine Stärke dieser Arbeit liegt in der Auswahl des Designs des Scoping Reviews, das es der Autorin erlaubte, verschiedene Studiendesigns in die Ergebnisdarstellung einzubeziehen. Dadurch war eine umfassende Beantwortung der Forschungsfrage möglich. Qualitative, quantitative und Mixed Method Designs konnten zur Ausarbeitung der Forschungsfrage herangezogen werden.

Um die Forschungsfrage bearbeiten und bestmöglich beantworten zu können, wurde eine systematische Vorgehensweise gewählt, worin eine wesentliche Stärke dieser Arbeit liegt. Es wurde eine spezifische Suchstrategie generiert, die in diversen Datenbanken eingesetzt werden konnte und zur Vervollständigung mit einer Handsuche in entsprechenden Datenbanken und Referenzlisten ergänzt wurde. Die Arbeit profitiert darüber hinaus von der Aktualität der eingeschlossenen Literatur, da ausschließlich Publikationen der vergangenen zehn Jahre bearbeitet wurden. Außerdem wurde die methodologische Qualität der Studien mithilfe eines für diese Arbeit angemessenen Bewertungstools kritisch hinterfragt.

Allerdings stellt die sprachliche Begrenzung bei der Auswahl der Studien eine Limitation dar. Die systematische Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Literatur beschränkt, weshalb das Vorhandensein weiterer relevanter Literatur zu dem behandelten Thema in anderen Sprachen nicht auszuschließen ist.

6.3 Empfehlungen für die Praxis

In der täglichen Pflegepraxis werden Pflegediagnosen gestellt, wie z. B. „Probleme bei der Harnausscheidung“, und Ziele definiert sowie Maßnahmen dahingehend geplant. Bereits im Pflegeassessment werden Probleme bei der Ausscheidung (Harn- oder Stuhlinkontinenz) von Pflegepersonen erhoben (Stefan et al., 2013).

Pflegerische Maßnahmen, welche im Rahmen dieses Scoping Reviews aus der internationalen Literatur identifiziert wurden, können zur Planung pflegerischer Maßnahmen bei Problemen der Harnausscheidung herangezogen werden.

Die im 3-Säulen-Modell (Abb. 2) dargestellten konservativen pflegerischen Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz erwirken eine Reduktion von Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen. In Kapitel 5.5 sind die konservativen pflegerischen Interventionen anhand der jeweiligen Wirksamkeit zur Reduktion der Harninkontinenz dargestellt. Somit können für die tägliche Pflegepraxis folgende Empfehlungen ausgesprochen werden (Tabelle 9).

Tabelle 9: *Konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz – Übersicht für die Praxis*

Konservative Maßnahmen	Beschreibung der Intervention
Toilettenprogramme	<ul style="list-style-type: none">• Mündliche Aufforderung zum Toilettengang• Aktives Anbieten von Unterstützung beim Toilettengang• Geplante Entleerung und vorgegebene Zeitintervalle zwischen den Toilettengängen• Individuell angepasste Toilettenpläne
Körperliche Aktivität	<ul style="list-style-type: none">• Trainingsprogramme zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Kontrollierte
Flüssigkeitszufuhr

- Aktives Anbieten von Getränken

6.4 Implikation für weitere Forschung

Die internationale Literatur beschreibt zahlreiche Maßnahmen zum konservativen Management von Harninkontinenz. Es lassen sich jedoch kaum Studien bezüglich des Managements von Harninkontinenz im Pflegeheimsetting generieren.

Für künftige Forschungsarbeiten, die sich mit dem Management von Harninkontinenz auseinandersetzen, ist es relevant, vermehrt auf Langzeitpflege zu fokussieren. Wie erörtert, steigt die Anzahl der Menschen, die in Pflegeheimen wohnen stetig an. Die Pflege von Personen, die unter Inkontinenz leiden, stellt für Pflegepersonen eine Herausforderung dar, weshalb es empfehlenswert ist, die Wirksamkeit und Umsetzung von Pflegeinterventionen in Korrelation mit Inkontinenz in Pflegeheimen zu untersuchen.

6.5 Implikationen für die Ausbildung

Um Forschungsergebnisse in die tägliche Pflegepraxis erfolgreich implementieren zu können, könnte der Einsatz von „Advanced Nurse Practitioners“ (ANP) angebracht sein. Ein ANP wird vom „International Council of Nurses“ (ICN) als eine akademisierte Pflegeperson, zumindest auf Masterniveau, definiert (Schober et al., 2020).

Grundsätzlich verfügen universitär ausgebildete Pflegepersonen über Wissen und Kompetenzen zur erweiterten pflegerischen Praxis. Verglichen mit generalistisch ausgebildetem Pflegepersonal können ANP verstärkt Fähigkeiten in den Disziplinen der Forschung und der Praxis sowie im Management vorweisen. Ein essenzieller Teil der Qualifikation im Tätigkeitsbereich der „Advanced Practice Nurse“ ist die Implementierung von Forschungsergebnissen in die pflegerische Praxis zur Verbesserung der Pflegequalität (Schober et al., 2020).

Durch die generelle Akademisierung der Pflegeausbildung an den Fachhochschulen erlangen Absolvent*innen die Kompetenz, Fragen aus der pflegerischen Praxis in Datenbanken zu recherchieren, Studien kritisch zu bewerten und somit evidenzbasierte Erkenntnisse in die Pflegepraxis einzubringen.

An den Kompetenzen der Absolvent*innen anzusetzen oder Pflegeexpert*innen zu rekrutieren, wird sich auch zukünftig als zentral erweisen, um die Qualität der Pflege nachhaltig zu verbessern.

6.6 Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit war es, wirksame konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen zu identifizieren, um daraus Empfehlungen für die pflegerische Praxis ableiten zu können. Dieses Vorhaben wurde durch eine systematische Literaturrecherche mittels einer eigens generierten Suchstrategie in spezifischen Datenbanken umgesetzt.

Die im Rahmen des Scoping Reviews identifizierten Interventionen verfolgen zahlreiche Ansätze zum Management von Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner*innen. Aus der internationalen Literatur kristallisierten sich drei wesentliche Säulen (Abb. 2) zur wirksamen Reduktion von Harninkontinenz heraus.

Die drei Säulen umfassen Toilettenprogramme, körperliche Trainings und eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr. Diese konservativen Interventionen wurden mit weiteren Maßnahmen wie beispielsweise der Aufforderung zum Toilettengang oder der Hilfestellung beim Toilettengang verbunden.

Um evidenzbasierte Erkenntnisse erfolgreich in die tägliche Pflegepraxis implementieren zu können, ist es von großer Bedeutung gut ausgebildetes Personal zu rekrutieren, welches die Kompetenzen besitzt, Fragen aus der pflegerischen Praxis zu recherchieren, Studien kritisch zu bewerten und somit evidenzbasierte Erkenntnisse in die Pflegepraxis einzubringen.

Neben den oben genannten Anforderungen an das Pflegepersonal, sollten Interventionen zur Aufrechterhaltung der Kontinenz sowie zum Management von Harninkontinenz von Pflegeheimbewohner*innen an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen angepasst werden. Individuell angepasste Trainings- oder Toilettenpläne können zu einer verbesserten Kontinenz beitragen.

Die vorliegende Abhandlung zeigt, dass die Literatur umfassende konservative Maßnahmen zum Management von Harninkontinenz im Pflegeheimsetting beschreibt. Die Autorin konnte konkrete Empfehlungen für die Pflegepraxis aussprechen. Für eine mögliche Implementierung der beschriebenen Maßnahmen bedarf es zielgerichtete Implementierungsprozesse.

7 Referenzen

- ABRAMS, P., CARDOZO, L., KHOURY, S., & WEIN, A. 2017. 'Incontinence:5th International Consultation on Incontinence' Publisher: *International Consultation on Urological Diseases- European Association of Urology*.
- ARKAN, G., BESER, A., & OZTURK, V. 2018. Experiences Related to Urinary Incontinence of Stroke Patients: A Qualitative Descriptive Study. *J Neurosci Nurs*, 50(1), 42-47. doi:10.1097/jnn.0000000000000336.
- BLISS D. C., NORTON C. A., MILLER J., & KRISOVICH M. 2004. Directions for future nursing research on fecal incontinence. *Nursing Research* 53(6S), 15–21.
- BORGLIN, G., HEW THACH, E., JEPSSON, M., & SJÖGREN FORSS, K. 2020. Registered nurse's experiences of continence care for older people: A qualitative descriptive study. *International Journal of Older People Nursing*, 15(1), N.PAG-N.PAG. doi:10.1111/opn.12275.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ. 2019. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision-BMASGK-Version 2020. Wien.
- DAVIES, K. S. 2011. Formulating the Evidence Based Practice Question: A Review of the Frameworks. *Evidence Based Library and Information Practice*, 6(2), pp. 75–80. doi: 10.18438/B8WS5N.
- DUMOULIN C., HAY-SMITH E. J. C., & MAC HABEE-SEGUIN G. 2014. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD005654. doi: 10.1002/14651858.CD005654.pub3.
- EUSTICE, S., ROE, B., & PATERSON, J. 2000. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, p. CD002113.

- FERNANDEZ-CUADROS, M. E., NIETO-BLASCO, J., GEANINI-YAGUEZ, A., CIPRIAN-NIETO, D., PADILLA-FERNANDEZ, B. & LORENZO-GOMEZ, M. F. 2016. Male Urinary Incontinence: Associated Risk Factors and Electromyography Biofeedback Results in Quality of Life. *Am J Mens Health*, 10, Np127-np135.
- FIECHTER, V. & MEIER, M. 1981. Pflegeplanung. Basel: *Recom*.
- FLANAGAN, L., ROE, B., JACK, B., BARRETT, J., CHUNG, A., SHAW, C. & WILLIAMS, K. S. 2012. Systematic review of care intervention studies for the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes with urinary incontinence as the primary focus (1966-2010). *Geriatrics & Gerontology International*, 12, 600-611.
- FLANAGAN, L., ROE, B., JACK, B., SHAW, C., WILLIAMS, K. S., CHUNG, A. & BARRETT, J. 2014. Factors with the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes. *J Adv Nurs*, 70, 476-96.
- GOLLA, M. 2018. AT: Inkontinenz: Ein Problem von Jung bis Alt. *Pflege Professionell*. <https://pflege-professionell.at/at-inkontinenz-ein-problem-von-jung-bis-alt> viewed on 26.04.2020.
- HAMANN, M. F., JÜNEMANN, K. P., & NAUMANN, C. M. 2014. Harninkontinenz bei Frau und Mann. *Der Urologe*, 53(7), 1073-1086.
- HASEGAWA, J., KUZUYA, M. & IGUCHI, A. 2010. Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. *Arch Gerontol Geriatr*, 50, 77-81.
- HAYDTER, M. 2020. Berufsverband der österreichischen Urologen (BVU). Harninkontinenz. <http://www.urologisch.at/harnverlust.php> viewed on 21.04.2020.

- HONG, Q. N., PLUYE, P., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O’CATHAIN, A., ROUSSEAU, M-C. & VEDEL, I. 2018. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Registration of Copyright (#1148552), *Canadian Intellectual Property Office*, Industry Canada.
- HIGAMI, Y., YAMAKAWA, M., KANG, Y., KOBAYASHI, S., LIAO, X.-Y., SUNG, H.-C. & MAKIMOTO, K. 2019. Prevalence of incontinence among cognitively impaired older residents in long-term care facilities in East Asia: A cross-sectional study. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(5), 444-450. doi:10.1111/ggi.13639.
- JACOB, L., & KOSTEV, K. 2020. Urinary and fecal incontinence in stroke survivors followed in general practice: A retrospective cohort study. *Ann Phys Rehabil Med*. doi:10.1016/j.rehab.2019.12.007.
- LAI, C. K. Y. & WAN, X. 2017. Using Prompted Voiding to Manage Urinary Incontinence in Nursing Homes: Can It Be Sustained? *J Am Med Dir Assoc*, 18, 509-514.
- LOHRMANN, C. (Hrsg). 2017. ‘Pflegetequalitätserhebung 17. November 2017’, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- MANDL, M., HALFENS, R. J., & LOHRMANN, C. 2015. Incontinence care in nursing homes: a cross-sectional study. *J Adv Nurs*, 71(9), 2142-2152. doi:10.1111/jan.12676.
- MOHER, D., SHAMSEER L., CLARKE, M., GHERSI, D., LIBERATI, A., PETTICREW, M., SHEKELLE, P. & STEWART, L. A. 2015. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis. Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 4(1):1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1.

- MUNN, Z., PETERS, M. D. J., STERN, C., TUFANARU, C., MCARTHUR, A., & AROMATARIS, E. 2018. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. doi:10.1186/s12874-018-0611-x.
- OSTASZKIEWICZ, J., ROE, B., & JOHNSTON L. 2005. Effects of timed voiding for the management of urinary incontinence in adults: systematic review. *J Adv Nurs*. 52(4): p. 420-31.
- OSTASZKIEWICZ, J., JOHNSTON, L., & ROE, B. 2004. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, p. CD002802.
- ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN (ÖBIG). 2010. Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation. 2., überarbeitete Auflage. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- PALMER, M.H. 2005. Effectiveness of prompted voiding for incontinent nursing home residents., in Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to the best practice, E.F.- O. B. M. Melnyk, *Lippincott Williams & Williams*, p. 20 - 30.
- POLIT, D., & BECK, C. 2012. Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, *Verlag Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins*, Philadelphia.
- RECHTSINFORMATIONSSYSTEM DES BUNDES. 2020. Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG).<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> viewed on 13.05. 2020.

- ROE, B., FLANAGAN, L., & MADEN, M. 2015. Systematic review of systematic reviews for the management of urinary incontinence and promotion of continence using conservative behavioural approaches in older people in care homes. *J Adv Nurs*, 71(7), 1464-1483. doi:10.1111/jan.12613.
- ROE, B., FLANAGAN, L., JACK, B., BARRETT, J., CHUNG, A., SHAW, C. & WILLIAMS, K. 2011. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 67, 228-250.
- ROE, B., FLANAGAN, L., JACK, B., SHAW, C., WILLIAMS, K., CHUNG, A. & BARRETT, J. 2013. Systematic review of descriptive studies that investigated associated factors with the management of incontinence in older people in care homes. *Int J Older People Nurs*, 8, 29-49.
- SACKLEY, C. M., RODRIGUEZ, N. A., VAN DEN BERG, M., BADGER, F., WRIGHT, C., BESEMER, J., VAN REEUWIJK, K. T. & VAN WELY. 2008. L. A phase II exploratory cluster randomized controlled trial of a group mobility training and staff education intervention to promote urinary continence in UK care homes. *Clin Rehabil*. 22(8):714-21. doi: 10.1177/0269215508089058. PMID: 18678571.
- SAGA, S., VINSNES, A. G., MØRKVED, S., NORTON, C., & SEIM, A. 2015. What characteristics predispose to continence in nursing home residents?: a population-based cross-sectional study. *Neurourol Urodyn*, 34(4), 362-367. doi:10.1002/nau.22563.
- SCHNELLE, J.F. 2010. A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. *J Am Geriatr Soc*, 58(8): p. 1504-11.
- SCHÜSSLER S., DASSEN T., LOHRMANN C. 2015. Comparison of care dependency and related nursing care problems between Austrian nursing home residents with and without dementia. *European Geriatric Medicine*. vol. 6, pp. 46-52.

- STEFAN, H., ALLMER, F., SCHALEK, K., EBERL, J., HANSMANN, R., JEDELSKY, E., PANDZIC, R., TOMACEK, D., VENCOUR, M.C. 2013. POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik. 2. Auflage. Wien: *Springer Verlag*.
- STENZELIUS, K., MATTIASSON, A., HALLBERG, I. R. & WESTERGREN, A. 2004. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn*, 23, 211-22.
- STENZELIUS, K., MOLANDER, U., ODEBERG, J., HAMMARSTROM, M., FRANZEN, K., MIDLOV, P., SAMUELSSON, E. & ANDERSSON, G. 2015a. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age Ageing*, 44, 736-44.
- STENZELIUS, K., MOLANDER, U., ODEBERG, J., HAMMARSTRÖM, M., FRANZEN, K., MIDLÖV, P., SAMUELSSON, E. & ANDERSSON, G. 2015b. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age Ageing*, 44, 736-44.
- TAK, E. C., VAN HESPEN, A., VAN DOMMELEN, P. & HOPMAN-ROCK, M. 2012. Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? A multicenter randomized clinical trial. *BMC Geriatr*, 12, 51.
- TANAKA, Y., NAGATA, K., TANAKA, T., KUWANO, K., ENDO, H., OTANI, T., NAKAZAWA, M. & KOYAMA, H. 2009. Can an individualized and comprehensive care strategy improve urinary incontinence (UI) among nursing home residents? *Arch Gerontol Geriatr*, 49(2):278-283. doi: 10.1016/j.archger.2008.10.006.
- VAN HOUTEN, P., ACHTERBERG, W. & RIBBE, M. 2007. Urinary incontinence in disabled elderly women: a randomized clinical trial on the effect of training mobility and toileting skills to achieve independent toileting. *Gerontology*, 53(4):205-10. doi: 10.1159/000100544. Epub 2007 Mar 9. PMID: 17347567.

- VINSNES, A. G., HELBOSTAD, J. L., NYRONNING, S., HARKLESS, G. E., GRANBO, R. & SEIM, A. 2012. Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clinical Interventions In Aging*, 7, 45-50.
- VON ELM, E., SCHREIBER, G., & HAUPT, C. C. 2019. Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1-7. doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.004.
- WALLACE, S. A., ROE, B., WILLIAMS, K. & PALMER, M. 2004. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD001308. doi: 10.1002/ 14651858.CD001308.pub2.