

Bachelorarbeit

Auswirkungen der „Contenance Nurse“ auf Frauen mit Harninkontinenz

eingereicht von

Jacqueline Halsegger

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Mandl, Manuela, Univ.-Ass. BSc MSc

3.4.2016

Eidesstattliche Erklärung

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

.....
Jacqueline Halsegger, eh

Graz, 03.04.2016

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Zusammenfassung	IV
1. Einleitung	1
1.1. Definition und Formen	1
1.2. Risikofaktoren	2
1.3. Folgen	3
1.4. Pflegerische Maßnahmen	4
1.5. Epidemiologie.....	5
1.6. Kosten und Ökonomie	6
1.7. Continance Nurse	7
1.8. Einsatzgebiete.....	8
1.9. Ziel.....	9
2. Methoden.....	10
3. Ergebnisse	13
3.1. Einleitung	15
3.1.1. Beschreibung der Studien	15
3.1.2. Pflegerische Maßnahmen der CN	15
3.2. Auswirkungen auf Frauen mit Harninkontinenz	17
3.2.1. Intensität der HI	17
3.2.2. Vorlagenverbrauch.....	18
3.2.3. Lebensqualität	19
3.2.4. Symptome der HI.....	20
3.2.5. Zufriedenheit.....	20
Effektivität und ökonomische Auswirkungen der CN	20
3.2.6. Reduktion der Harninkontinenzintensität	21

3.2.7. Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität	21
3.2.8. Kosteneffizienz	22
4. Diskussion	23
5. Zusammenfassung und Ausblick	28
5.1. Stärken und Schwächen dieser Arbeit	28
5.2. Schlussfolgerung	28
Literaturverzeichnis	30
Anhang	36
Bewertungskriterien für quantitative- und qualitative Studien.....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm der Suchstrategie.....	12
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bewertung der Studien.....	11
Tabelle 2: Ergebnisse der Studien	14
Tabelle 3: Durchschnittliche Anzahl der inkontinenten Episoden in 3 Tagen	18
Tabelle 4: Durchschnittliche Anzahl der verbrauchten Vorlagen in 3 Tagen	19

Zusammenfassung

Hintergrund

Urininkontinenz ist häufig und wird dennoch von Seiten der Betroffenen und der Gesundheitsanbieter tabuisiert. Neben den großen Auswirkungen auf die Lebensqualität des Betroffenen, führt Harninkontinenz auch zu wirtschaftlichen Belastungen. Die Pflege stellt durch ihre kontinuierliche Nähe zu den PatientInnen und BewohnerInnen eine der ersten und wichtigsten Ansprechpartner dar. Continence Nurses sind darauf geschult, kompetente Versorgung für Betroffene mit Harninkontinenz zu leisten.

Ziel ist es, aus der internationalen Literatur aufzuzeigen, welche Auswirkungen die Continence Nurse auf Frauen mit Harninkontinenz erzielen können. Aufgrund der größeren Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen ist vor allem die Zielsetzung für Frauen relevant. Sekundär werden die ökonomischen Aspekte und die Effektivität der Continence Nurse in der Primärversorgung im Vergleich zum/zur AllgemeinmedizinerIn aufgezeigt.

Methoden

Eine systematische Literaturrecherche wurde in Pubmed und CINAHL mit einer festgelegten Suchstrategie durchgeführt. Drei Artikel wurden inkludiert.

Ergebnisse

Die Frauen in der Interventionsgruppe zeigten eine Reduktion der Intensität der Harninkontinenz, eine Verbesserung der Lebensqualität und waren deutlich zufriedener mit der Betreuung. Zusätzlich waren die Maßnahmen kosteneffizienter und auch die Schwere der Harninkontinenz sank bei den TeilnehmerInnen.

Diskussion

Bei den Ergebnissen muss berücksichtigt werden, dass die Ausbildungen zu einer spezialisieren Pflegekraft je nach Land unterschiedlich sind.

Introduction

Urinary incontinence is a common problem and is often tabooed by patients and health care providers. Apart from the major impact on the quality of life, urinary incontinence also leads to economic burdens. Due to their continuous nearness nurses are an important person of contact. Continence Nurses are trained to provide competent care for patients suffering from urinary incontinence. Aim of this literature review is to summarize the impact Continence Nurses have on women suffering from urinary incontinence from international literature. Due to the higher prevalence of urinary incontinence in women, the target of this work is especially relevant to women.

Furthermore, the economic aspects and the effectiveness in primary care are presented compared to general practitioner.

Methods

The articles were searched with a systematic literature research in Pubmed and CINAHL to establish a literature review. Three articles were included.

Results

The women in the intervention group showed a reduction of urinary incontinent episodes, improved quality of life and were significantly more satisfied with the care compared to the control group.

In addition, the interventions were cost-effective and also the severity of urinary incontinence could be decreased among participants of the intervention group.

Discussion

The results must be considered that the education to a specialized nurse varies in each country.

Keywords: Urinary Incontinence, Nurse Clinicians

1. Einleitung

In dieser Arbeit wird zunächst grundlegendes über Harninkontinenz (HI) erläutert wie die Definition, die Formen der HI, die Epidemiologie, das Wissen über spezialisierte Pflegekräfte und der ökonomische Aspekt der HI. Die Vorgehensweise dieser Arbeit wird in dem Methodenteil beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse auf den Studien basierend präsentiert, gefolgt von einer Diskussion den Stärken und Schwächen dieser Arbeit. Die Relevanz für die Praxis wird in der Schlussfolgerung angegeben.

1.1. Definition und Formen

Die "International Continence Society" (2015) definiert HI als „jegliche Art von unfreiwilligen Verlust von Harn" (ICS, 2015).

Es gibt unterschiedliche Formen von Harninkontinenz, welche je nach Geschlecht unterschiedlich ausgeprägt sind (Gasser 2015).

Die „Deutsche Kontinenz Gesellschaft“ (o.J.) teilt die unterschiedlichen Harninkontinenzformen wie folgt ein: Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, Mischinkontinenz, Überlaufinkontinenz, Supraspinale und spinale Reflexinkontinenz, Extraurethrale Inkontinenz, Enuresis (nächtliches Einnässen bei Kindern), Nykturie (nächtliches Wasserlassen bei Erwachsenen).

Die häufigsten Formen dabei bilden die Stress-, Drang- und Mischinkontinenz (Deutsche Kontinenz Gesellschaft o.J.).

Stressinkontinenz:

North American Nursing Diagnosis Association definiert Stressinkontinenz als „Plötzlicher Verlust von Harn während Aktivitäten, die den intraabdominalen Druck erhöhen“ (NANDA 2013, S. 221).

Die Stressinkontinenz ist die häufigste Form bei Frauen und wird aufgrund eines insuffizienten Schließmuskels der Harnröhre verursacht. Sie ist oft eine Spätfolge mehrere und schwerer Geburten. (Gasser 2015)

Dranginkontinenz:

Die Dranginkontinenz wird als „Unwillkürlicher Urinabgang, der kurz nach einem starken Harndrang auftritt“ beschrieben (NANDA 2013, S. 217).

Reize in der Blase wie zum Beispiel Tumore oder starke Zystitis können zu starken Harndrang mit Harnverlust führen. Männer leiden häufiger an Dranginkontinenz als Frauen. (Gasser 2015)

Mischinkontinenz:

Bei dieser Form handelt es sich um eine Mischform von Stress- und Dranginkontinenz und kann in unterschiedlichen Ausprägungen auftreten (Gasser 2015).

1.2. Risikofaktoren

Das Alter wird häufig als Risikofaktor angegeben, ist aber nicht immer der einzig ausschlaggebende Grund für die Entstehung von HI. Coyne et al. (2013) zeigte, dass Depressionen, ein Sturz bei Älteren, Harnwegsinfektionen, ein erhöhter BMI und Diabetes auch zu HI führen können.

Ein großer Risikofaktor ist somit auch das weibliche Geschlecht. Laut Kaşıkçı et al. (2015) sollen ebenso die Zahl der Geburten, die Zahl der Abtreibungen, das Alter bei der letzten Geburt und Hausgeburten die Entwicklung einer HI fördern.

Auch Geburten und Schwangerschaften, Menopause, Multiple Sklerose, Medikamente und Schlaganfall können das Symptom verursachen (Genadry & Mostwin 2007).

1.3. Folgen

Aufgrund des oft geringen Wissens über HI fanden Hoabin und Beverly (2010) heraus, dass die meisten Befragten HI, vor allem im Alter als normalen „Nebeneffekt“ ansehen. Das könnte wiederum ein Grund dafür sein, dass nur 43,5% der Betroffenen das Symptom behandeln lassen (Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen 2015).

HI kann unangenehme Folgen für die Betroffenen mit sich ziehen. Während HI bei Älteren der häufigste Grund für eine Einweisung ins Pflegeheim ist, spielt die Auswirkung auf die Lebensqualität in jedem Alter eine wichtige Rolle. (Gasser 2015; Senra & Pereira 2015)

Vor allem die Intensität der HI beeinflusst maßgeblich die Lebensqualität der Betroffenen. Eine Studie in Spanien ergab, dass die Lebensqualität bei massivem Harnverlust im Gegensatz zu schwachen und mäßigem Harnverlust sehr stark eingeschränkt ist. Zusätzlich zeigte, je höher die Intensität der HI war, desto weniger zufrieden waren die Betroffenen mit ihrem/seinem Sexualleben. (Senra & Pereira 2015)

Ebenso beeinflusst die Form der HI die Lebensqualität und die sexuelle Zufriedenheit. Die Ergebnisse zeigten, dass vor allem Betroffene mit Stressinkontinenz eine bessere Lebensqualität hatten und eine höhere sexuelle Zufriedenheit aufwiesen, als Betroffene mit Dranginkontinenz. (Senra & Pereira 2015)

Neben den psychischen Folgen hat HI auch physische Auswirkungen. Eine Studie in Australien fand heraus, dass 10% der Betroffenen eine Inkontinenz- assoziierte Dermatitis aufgrund der HI entwickeln (Campel, Coyer & Osbourne 2014).

Um Folgen zu vermeiden und die Lebensqualität so gut wie möglich aufrecht zu erhalten, gilt als ein erster Schritt, die richtige Form der HI zu diagnostizieren (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich 2012). In Österreich haben in Pflegeheimen, geriatrischen Krankenhäusern und allgemeinen Krankenhäusern 50,4% der Betroffenen mit HI keine Diagnose (Lohrmann, Bauer & Mandl 2015).

Wenn die HI nicht diagnostiziert wird, kann sich aufgrund der falschen Behandlung die Intensität der HI verstärken und vermehrt Folgen für die Betroffenen auftreten (Aulbert, Nauck & Radbruch 2012)

1.4. Pflegerische Maßnahmen

Die Pflege ist durch ihre kontinuierliche Nähe zu den PatientenInnen und BewohnerInnen eine der ersten und wichtigsten Ansprechpartner (Schewior-Popp, Sitzmann & Ulrich 2012).

Dabei ist es besonders wichtig, die Symptome und mögliche Zeichen dafür frühzeitig bei PatientInnen zu identifizieren. Heutzutage stehen viele verschiedene Möglichkeiten an konservativen und operativen Therapien zur Behandlung von HI zur Verfügung. Die Pflege kann Maßnahmen der Kontinenzförderung aus dem „Expertenstandart Förderung für Harninkontinenz in der Pflege“ (2014) entnehmen, wobei eines der wichtigsten Punkte die Einschätzung der HI bei PatientInnen mit vorliegendem Kontinenzproblemen ist. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014)

Es gibt verschiedene Assessmentinstrumente, welche die Pflegenden in der Anamnese und der biografischen Datenerhebung unterstützen. Ein Beispiel dafür ist das Miktionsprotokoll, welches die Häufigkeit und Menge der Miktion misst und Trinkgewohnheiten abfragt. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014)

Des Weiteren spielt die Beratung eine große Rolle für die Betroffenen. Die Pflege gibt den Betroffenen Tipps zum Umgang mit funktionellen Hilfsmitteln wie zum Beispiel einer

Harnflasche oder aber auch über die Verwendung von aufsaugenden Produkten und der Hautpflege. Hinweise, wie beispielsweise praktische Kleidung werden den Betroffenen ebenso vermittelt. Wenn möglich, werden von den Pflegenden auch Toilettengänge angeboten. Spezielle kontinenzfördernde Maßnahmen können von PatientInnen durchgeführt werden, angefangen von Blasen- bis Beckenbodentraining. Auch eine medikamentöse Therapie kann bei HI in Frage kommen. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014) Eine weitere wichtige Aufgabe von Pflegenden ist das Miteinbeziehen von Angehörigen und dem/der PartnerIn um eine emotionale Stütze für diese bieten zu können (Senra & Pereira 2015).

1.5. Epidemiologie

Obwohl HI ein häufiges Problem darstellt, wird es von Seiten der Betroffenen, Angehöriger und Gesundheitsanbieter häufig tabuisiert (Gasser 2015).

Laut Pflegequalitätserhebung der Medizinischen Universität Graz (2015), liegt die Prävalenz von HI in den gesamten Einrichtungen (allgemeine und geriatrische Krankenhäuser- sowie Pflegeheime) in Österreich bei 18,6% (Lohrmann, Bauer & Mandl 2015).

Eine Studie aus den USA berichtet von ähnlichen Zahlen bei Frauen, welche 50 Jahre oder älter sind (19,8%) (Wu et al 2015). Bei Männern, 50 Jahre und älter, lag die Prävalenz bei 6,4% (Wu et al. 2015). In der Türkei ergab eine Untersuchung, dass 51,6% der über 65-jährigen Teilnehmerinnen harninkontinent sind (Kaşıkçı et al. 2015). Statistisch betrachtet sind Frauen und ältere Menschen am häufigsten von HI betroffen. In Österreich leiden 11,3% der Männer und 24,4% der Frauen an HI (Lohrmann, Bauer & Mandl, 2015). Eine Studie in Frankreich von Legendre et. al 2015 zeigte, dass die jährliche Neuerkrankungsrate bei Frauen im Alter zwischen 47-52 bei 3,3% liegt (Legendre et al. 2015).

1.6. Kosten und Ökonomie

Neben den großen Auswirkungen auf die Lebensqualität des Betroffenen, führt HI auch zu wirtschaftlichen Belastungen wie zum Beispiel durch die Arbeitsleistungsverminderung der Betroffenen und den anfallenden Kosten der Hilfsmittel (Goren et al. 2014).

Im Allgemeinen wird zwischen direkten, indirekten und intangiblen Kosten unterschieden. Während direkte Kosten aus den Behandlungen der HI selbst resultieren zum Beispiel der Besuch bei ÄrzteInnen, Medikamente oder Ausgaben für Inkontinenzvorlagen, berücksichtigen indirekte Kosten zum Beispiel die Verminderung der Arbeitsleistung oder den erhöhten Wasserverbrauch aufgrund vermehrter Toilettengänge. (Perabo 2009)

Kleinmann et al. (2014) fand heraus, dass für angestellte MitarbeiterInnen mit Dranginkontinenz um 117% größere medizinische und pharmakologische Kosten anfallen. Desweiteren fallen bei MitarbeiterInnen mit HI um 63% mehr Abwesenheitstage und 47% mehr totale Abwesenheitskosten an als bei MitarbeiterInnen ohne HI.

Die intagiblen Kosten beziehen sich auf schwer messbare Kosten, welche aufgrund physischer und psychischer Belastung am Betroffenen entstehen (Perabo 2009).

Laut „Statistik Austria“ (2015) sollen 23.4% der Bevölkerung im Jahre 2030 über 64 Jahre sein werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der immer älter werdenden Gesellschaft und dem erhöhten Risiko an HI zu leiden, werden die zu tragenden Kosten für den/die PatientInnen selbst und für das Gesundheitssystem immer höher (Statistik Austria 2015).

Eine Studie in Deutschland (2007) fand heraus, dass die jährlichen Kosten für die Inkontinenzbehandlung 396 Millionen € betragen und der Anteil für Frauen bei 227 Millionen € liegt und mit dem Lebensalter steigt. Ungefähr 49 % von diesen anfallenden Kosten wird für die Versorgung der Betroffenen mit Inkontinenzvorlagen ausgegeben (Schulenburg et al. 2007). Eine Studie in den USA fand heraus, dass Frauen aus ihrer

eigenen Tasche über 250\$ pro Jahr für die Harninkontinenzversorgung bezahlen und diese Kosten durch eine effiziente Inkontinenzversorgung sinken könnten (Subak et al. 2007).

Ein wichtiger Teil der Behandlung fällt auch dem/der AllgemeinmedizinerIn in der Primärversorgung zu, denn nicht adäquate Behandlungen können ebenso zu höheren Kosten führen (Czypionka & Ulinski 2014). Eine Studie in den Niederlanden zeigt, dass nur wenige HausärztInnen sich an Leitlinien zur Behandlung von HI halten. Die Empfehlungen zum Diagnostizieren aus den Leitlinien werden eingehalten, jedoch die Behandlungsempfehlungen nicht angenommen. (Albers-Heitner et al. 2008)

1.7. Continence Nurse

Weil Harninkontinenz ein häufiges Pflegeproblem ist, verlangt es professionelles Handeln (Menche & Brandt 2013). Es wird von dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014) empfohlen, spezialisierte Pflegekräfte sowohl in den diagnostischen und therapeutischen Prozess mit einzubringen. Einige Länder haben in der Praxis spezialisierte Pflegekräfte mit einem breiten Tätigkeitsspektrum implementiert (Czypionka & Ulinski 2014).

Im Bereich der Inkontinenz ist von so genannten Continence Nurses (CN) die Rede. CN sind darauf geschult, kompetente Versorgung für Betroffene mit HI zu leisten und die direkte Pflege inkontinenter PatientenInnen zu verbessern. Zu ihren Aufgabengebieten gehören unter anderem die genaue Untersuchung des/der PatientenIn, das Spezifizieren der Diagnose, eine Aufstellung eines Pflege-Therapieplans, Beratung für Betroffene und Angehörige und die Evaluation. (Wound Ostomy and Continence Nurses Society 2009)

Die Ausbildungen sind sehr unterschiedlich. In Amerika beispielsweise sind ein Bachelorabschluss und ein Jahr Erfahrung in der Praxis notwendig, um in einem Zeitraum von fünf Jahren eine berufsbegleitende Ausbildung absolvieren zu können (Wound

Ostomy and Continence Nurses Society o.J.). In Österreich wird die Ausbildung in Form einer Zusatzqualifikation auf der Basis eines Diploms in Gesundheit- und Krankenpflege angeboten. Nach einem Jahr erlangt man die Zusatzbezeichnung „Kontinenz- und Stomaberatung“ (Ausbildungszentrum West o.J.).

1.8. Einsatzgebiete der CN

Aufgrund der Prävention und der Behandlung sind CNs in vielen verschiedenen Bereichen im Gesundheitssystem tätig.

Langzeitbereich

CN werden im Langzeitbereich eingesetzt (Explore Health Careers o.J.).

Spitäler

Die meisten CN in den Vereinigten Staaten sind in stationären Krankenhäusern tätig (EHC 2016). Die spezialisierte Pflegekraft kann überall in Krankenanstalten mit entsprechenden Fachabteilungen eingesetzt werden (Ausbildungszentrum West o.J.).

Primärversorgung

Dadurch, dass die Qualität des Gesundheitssystems vor allem von der Primärversorgung abhängig ist, versuchten in den letzten Jahren immer mehr Länder die Qualität und die Effizienz des Gesundheitssystems durch eine Stärkung der Primärversorgung zu verbessern. In Österreich gibt es einige Konzepte einer interdisziplinären Primärversorgung. Neben dem/der HausarztIn sollen auch Pflegekräfte und TherapeutInnen eng zusammenarbeiten. In vielen Ländern werden schon spezialisierte Pflegekräfte in die Erstversorgung mit eingebunden oder leiten Praxen vor allem im ländlichen Bereich. (Czypionka & Ulinski 2014)

Im England gibt es über 360 Kontinenzkliniken in welchen CN als Alternative zum/zur AllgemeinmedizinerIn HI diagnostizieren und behandeln. Diese Kliniken stehen oft in

Verbindung mit einem Krankenhaus, können aber auch unabhängig davon sein. (UK Healthcenter 2016)

1.9. Ziel

Anhand dieser Literaturrecherche in internationalen Datenbanken sollen primär die Auswirkungen der CN auf Frauen mit HI beschrieben werden. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage: Welche Auswirkungen der CN auf Frauen mit HI werden in der internationalen Literatur beschrieben?

Sekundär sollen aufgrund der ökonomischen Belastung durch die hohen Kosten, welche jährlich für die HI-Versorgung anfallen, zusätzlich die Effektivität und die Kosteneffizienz der CN in der Erstversorgung im Gegensatz zum/zur AllgemeinmedizinerIn aufgezeigt werden.

2. Methoden

Die Literatursuche fand von November 2015 bis Jänner 2016 statt. Es wurden zwei internationale Datenbanken, CINAHL und Pubmed, verwendet. Bei der Suchstrategie war das Hauptkriterium, dass die zwei Schlüsselwörter „urinary incontinence“ und „Continence Nurse“ enthalten sind. „Urinary Incontinence“ wurde als MeSh-Term in Pubmed gefunden, während für „Continence Nurse“ mit Synonymen wie „Nurse Specialist“, „Specialized Nurse“ oder „Nursing for Incontinence“ nach einem Schlagwort gesucht wurde. Die Suchstrategie lautete „(“Urinary Incontinence”[Mesh]) AND “Nurse Clinicians”[Mesh]“.

Laut Pubmed wird der Begriff „Urinary Incontinence“ als „Involuntary loss of Urine, such as leaking of urine“ definiert und beinhaltet sowohl Drang- und Stressinkontinenz. „Nurse Clinicians“ wird als „Registered nurses who hold Master's degrees in nursing with an emphasis in clinical nursing and who function independently in coordinating plans for patient care“ beschrieben und ist gleichzustellen mit einem/einer „Clinical Nurse Specialists“. Mit diesen Schlagwörtern wurde in den Titeln und Abstracts von Studien gesucht.

Folgende Einschlusskriterien wurden gewählt:

Einer der wichtigsten war, das weibliche Geschlecht, also die Population, in die Suchstrategie mit zu inkludieren. HI sollte hierbei die wichtigsten Formen, nämlich Stress-, Drang- und Mischinkontinenz inkludieren. Artikel mit dem Fokus auf eine Form der HI wurden ausgeschlossen. Es wurde kein Setting fokussiert, um unterschiedlichste Auswirkungen der CN in möglichst verschiedenen Settings aufzuzeigen. Um die Aktualität der Artikel zu gewährleisten, wurde nach Artikel gesucht, welche nicht älter als 10 Jahre sind. Die Sprache wurde auf Deutsch oder Englisch gesetzt und ebenso musste der Abstract vorhanden sein. Es wurde nur nach Studien mit konservativen Therapieoptionen bei HI gesucht. Studien mit dem Inhalt operative-Therapien wurden ausgeschlossen.

Zuerst wurden die Titel, dann die Abstracts und schließlich die Volltexte gescreent. Um einen Überblick zu bekommen wird in Abbildung 1 die Suchstrategie anhand eines Flussdiagramms, angelehnt an Mohrer et al. 2009 dargestellt. Etliche Titel waren aufgrund

von anderen Krankheitsbildern im Zusammenhang mit HI auszuschließen. Bei dem Abstractscreening wurden einige Artikel ausgeschlossen, da sie operative und rein pharmakologische Therapien der HI enthielten. Am Ende wurden 3 Volltexte analysiert, welche alle zugänglich waren. Jedoch zeigte sich, dass die Population von 2 der 3 Artikel Männer und Frauen betraf. Dennoch wurden diese 2 Artikel, unabhängig von der Fragestellung in die Arbeit inkludiert, um die Effektivität in der Erstversorgung und die Kosteneffizienz der CN im Gegensatz zum/zur AllgemeinmedizinerIn aufzeigen zu können. In den Referenzlisten relevanter Studien wurde nach weiteren Artikel über die Auswirkungen der CN gesucht. Es konnten keine weiteren relevanten Studien durch die Suche in den Referenzlisten identifiziert werden.

Am Ende wurden 3 Studien inkludiert.

Es folgte eine kritische Beurteilung der Studien. Um die Studien zu bewerten und zu analysieren, wurden die quantitativen Bewertungskriterien von Bauer (2014) verwendet (siehe Anhang, S.36). Der Bewertungsbogen war in neun Aspekte aufgeteilt. In Tabelle 1 werden die Ergebnisse der Beurteilung der Artikel dargestellt.

	Titel	Abstract	Einleitung	Methoden	Ergebnisse	Diskussion	Referenzen	Verwendung der Ergebnisse
Du Moulin et al. 2007	+	~	-	~	+	+	+	~
Albers-Heitner et al. 2011	~	+	~	~	+	~	+	~
Albers-Heitner et al. 2012	+	~	~	-	~	~	+	+

Tabelle 1: Bewertung der Studien

+: gut
 ~: durchschnittlich
 -: schlecht

Die Ergebnisse der Beurteilung der neun Aspekte der Studien waren sehr unterschiedlich. Alle Studien beinhalteten aktuelle Literatur und verwendeten einen einheitlichen Referenzstil. Die Einleitungen der 3 Studien waren durchschnittlich. Es mangelte an Definitionen und es wurde wenig vorhandene Literatur aufgezeigt. Nur Albers-Heitner et al. (2012) konnte die Verwendung der Ergebnisse gut darstellen.

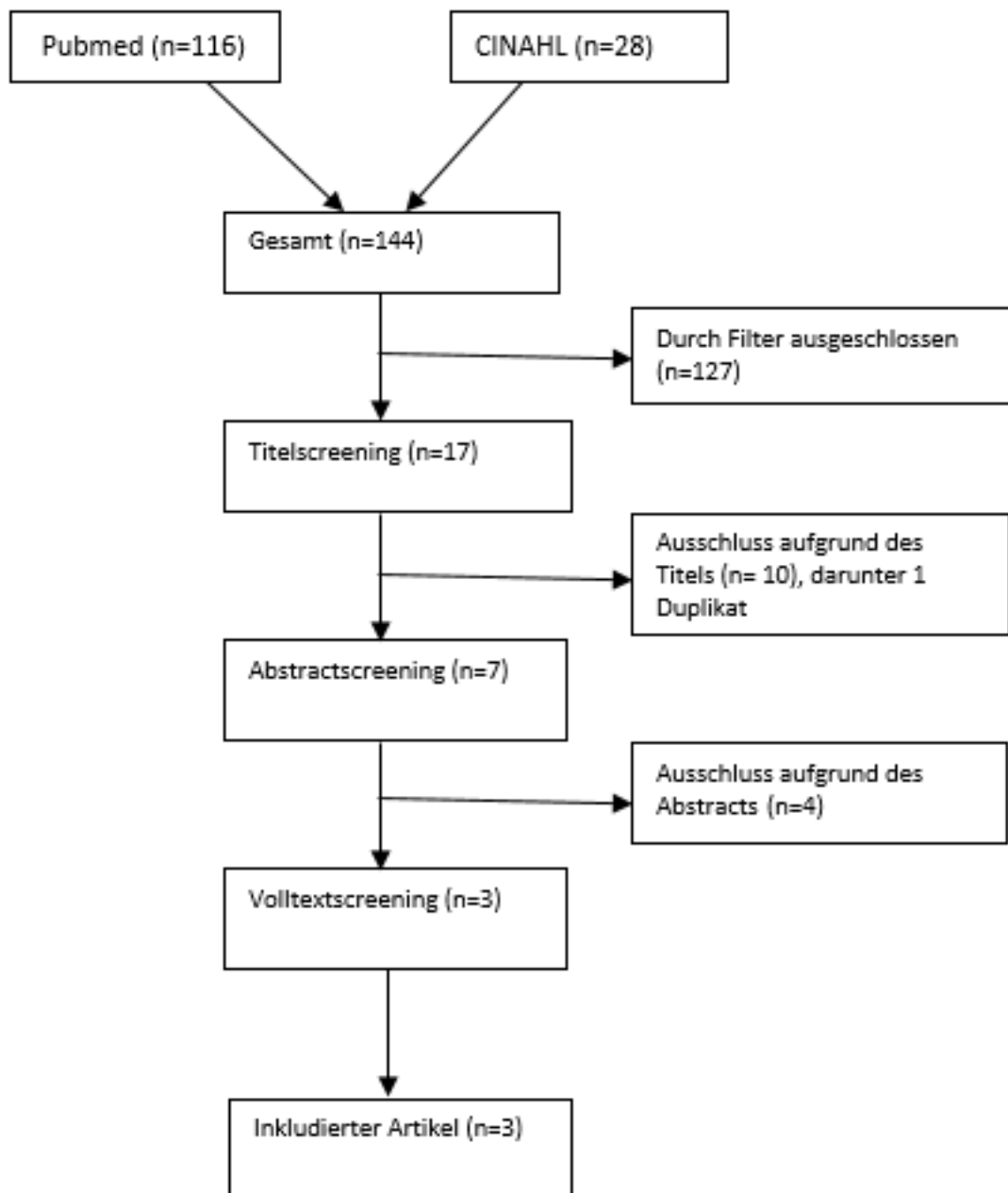


Abbildung 1: Flussdiagramm der Suchstrategie

3. Ergebnisse

Um die Studien zu bewerten und zu analysieren, wurden die quantitativen Bewertungskriterien von Bauer (2014) verwendet (siehe Anhang).

In Tabelle 1 wurden die Ergebnisse der Beurteilung der Artikel dargestellt.

Die Ergebnisse aus den inkludierten Studien wurden ebenso zusammengefasst um die Forschungsfrage zu beantworten. Ein kurzer Überblick über die wichtigsten Ergebnisse aus den Studien wird in Tabelle 2 dargestellt. Danach wird auf die Interventionen aus den unterschiedlichen Studien eingegangen, dann die Auswirkungen der CN auf Frauen aufgezeigt und abschließend die ökonomischen Auswirkungen und Aspekte der CN auf Männern und Frauen angegeben.

Population	Forschungsfrage	Autor	Ergebnisse
Frauen	Welche Auswirkungen hat die CN auf zuhause lebende Frauen welche an HI leiden?	Du Moulin et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Nach sechs Monaten kam es zu einer Verringerung der UI Episoden. • Es kam zu einem geringeren Verbrauch der Vorlagen in beiden Gruppen, vor allem aber nach zwölf Monaten in der Interventionsgruppe. • Höhere Zufriedenheit der Interventionsgruppe.
Männer und Frauen	Reduziert das Miteinbeziehen einer CN für Erwachsene mit HI die Schwere, das Ausmaß der HI und die Auswirkungen auf die Lebensqualität dadurch im Gegensatz zur Behandlung des/der AllgemeinmedizinerIn?	Albers-Heitner et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in Hinblick auf die Schwere der UI, der Häufigkeit, dem Volumen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach drei Monaten.
	Ist das Miteinbeziehen einer CN für PatientInnen mit HI im Gegensatz zum/zur AllgemeinmedizinerIn kosteneffizient?	Albers-Heitner et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Im Gegensatz zu der üblichen Betreuung durch den Allgemeinmediziner, ist das Miteinbeziehen der spezialisierten Pflegekraft kosteneffektiver. • Die Wahrscheinlichkeit, dass die spezialisierte Pflegekraft in der Erstversorgung kosteneffizient ist, liegt bei 58%.

Tabelle 2: Ergebnisse der Studien

3.1. Einleitung

Um eventuelle Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Studien zu erkennen, werden zuerst das Design, das Setting, die Größe der Stichprobe, sowie die genutzten Maßnahmen beschrieben.

3.1.1. Beschreibung der Studien

Bei allen drei Studien handelt es sich um randomisierte kontrollierte Studien. Daher gab es sowohl bei Du Moulin et al. (2007) und Albers-Heitner et al. (2011, 2011) eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. Die Stichprobe bestand aus 45 zuhause lebenden Frauen mit HI welche den Einschlusskriterien entsprachen (Du Moulin et al. 2007). Davon waren 35 Frauen in der Interventionsgruppe und 10 in der Kontrollgruppe (Du Moulin et al. 2007). Albers-Heitner et al. (2011, 2012) hatte eine Stichprobe von 384 erwachsene Personen (93% Frauen, Durchschnittsalter 65 Jahre) mit HI, davon waren 186 in der Interventionsgruppe und 198 in der Kontrollgruppe. In allen 3 Studien war der Einsatz einer CN die Intervention, in der Kontrollgruppe gab es die Routinebehandlung durch den/die AllgemeinmedizinerIn.

Um einen tieferen Einblick in die inkludierten Studien zu geben, werden nun die durchgeführten pflegerischen Maßnahmen der CN kurz beschrieben.

3.1.2. Pflegerische Maßnahmen der CN

In den 3 inkludierten Studien wurden annähernd dieselben Maßnahmen durch die CN durchgeführt.

Bei Du Moulin et al. (2007) trafen sich Teilnehmerinnen in der Interventionsgruppe mit der CN. Innerhalb von einem Jahr betreute die CN die Teilnehmerinnen, führte Beratungen und Begutachtungen unter Miteinbeziehung der Biografie und Messung der Restharmmenge durch. Es wurden ein Miktionstagebuch geführt, Fragen über die Lebensqualität gestellt und die Ergebnisse bei dem anschließenden Treffen überprüft. Durch ein multidisziplinäres Team wurde ein Protokoll über Behandlungsmöglichkeiten erstellt, über welche die CN die Betroffenen aufklärte. Ebenso erstellte sie individuelle Freizeit- und Verhaltensmaßnahmen für die Teilnehmerinnen und klärte sie über die Verwendung von Einlagen und Schutzhosen auf. Nach 3,6 und 12 Monaten schickten die Teilnehmerinnen immer zwei Wochen vor dem Termin das Miktionstagebuch mit dem Fragebogen über die Lebensqualität. Wenn die Teilnehmerinnen mit der Behandlung unzufrieden waren, wurde die Behandlung evaluiert und, wenn notwendig, wurden diese von der CN zu einem/einer UrologIn geschickt. Nach jedem Termin berichtete die CN die Ergebnisse dem/der jeweiligen AllgemeinmedizinerIn. Die Kontrollgruppe, welche eine Routinebehandlung durch den/der jeweiligen AllgemeinmedizinerIn erhielten, konnte auch zu der Physiotherapie oder einem/einer UrologIn überwiesen werden. (Du Moulin et al. 2007)

Bei Albers-Heitner et al. (2011, 2012) wurde die Interventionsgruppe von sechs CN betreut, welche eine bestimmte Ausbildung und einer Kompetenzprüfung absolvierten. Die Maßnahmen fanden in einem Zeitraum von einem Jahr statt. Nachdem der/die AllgemeinmedizinerIn die Diagnose HI gestellt hatte, spezifizierte die CN den Subtyp (Stressinkontinenz, Dranginkontinenz, ...). Die CN führte Untersuchungen und Beratungen durch. Miktionstagebücher wurden erstellt, Beratungen über Freizeit- und Toilettengewohnheiten wurden durchgeführt, Beckenbodentraining veranlasst und wenn passend, die Beratung von der Anwendung von Vorlagen gegeben. Insgesamt wurden den TeilnehmernInnen sieben Besuche abgestattet. In der Kontrollgruppe kamen die TeilnehmerInnen zu AllgemeinmedizinerInnen, welche dazu angehalten wurden, die Behandlung wie üblich durchzuführen. (Albers-Heitner et al. 2011, 2012)

3.2. Auswirkungen auf Frauen mit Harninkontinenz

Aufgrund der wenigen Suchergebnisse über die Auswirkungen der CN speziell auf Frauen, reduzierten sich die Ergebnisse auf eine Studie mit der Stichprobe von zuhause lebenden Frauen. Trotzdem lieferte die Studie von Du Moulin et al. (2007) ein großes Spektrum an unterschiedlichen Auswirkungen, welche nachfolgend angeführt werden, um die Forschungsfrage zu beantworten.

3.2.1. Intensität der HI

Anhand eines dreitägigen Blasentagebuches wurde die Anzahl an HI-Episoden sowohl am Tag, als auch in der Nacht gemessen und von den Teilnehmerinnen über drei Tage in einem Miktionstagebuch notiert. Das Volumen wurde dabei unterschieden in „ein paar Tropfen“, „mäßiger Harnverlust“ oder „massiver Harnverlust“. Während „ein paar Tropfen“ eine kleine Menge an Harnverlust beschrieb, mussten sich die Teilnehmerinnen bei „massivem Harnverlust“ die Kleidung wechseln. Es konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nach 6 Monaten in Bezug auf „mäßigen und gesamten Harnverlust“ festgestellt worden (Tabelle 3). Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nach 12 Monaten gefunden werden. Die statistisch signifikantesten Ergebnisse lagen dabei innerhalb der einzelnen Gruppen. In der Interventionsgruppe, welche durch die spezialisierte Pflegekraft versorgt wurde, bestand ein statistisch signifikantes Ergebnis darin, dass nach sechs und zwölf Monaten die Episoden innerhalb von drei Tage von „massivem Harnverlust“ und „gesamten Harnverlust“ sanken. Die Intensität vom „gesamten Harnverlust“ nahm um etwas weniger als die Hälfte ab. Des Weiteren verringerte sich nach sechs Monaten die Häufigkeit von „mäßigem Harnverlust“. (Du Moulin et al. 2007)

	Interventionsgruppe (n=35)			Kontrollgruppe (n=10)			p-Wert	
	Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 12 Monaten	Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 12 Monaten	Nach 6 Monaten	Nach 12 Monaten
Ein paar Tropfen	5,4	3,1	2,5	6,9	4,8	6,8	0,777	0,680
Mäßiger Harnverlust	3,0	2,0	2,0	1,9	4,8	1,8	0,006	0,176
Massiver Harnverlust	0,7	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1	0,620	0,755
Gesamter Harnverlust	9,1	5,3	4,8	9,0	9,6	8,6	0,049	0,283

Tabelle 3: Durchschnittliche Anzahl der inkontinenten Episoden in 3 Tagen, Angelehnt an Du Moulin et al. 2007; $p \leq 0,05$

3.2.2. Vorlagenverbrauch

Der Vorlagenverbrauch wurde ebenso anhand des dreitägigen Blasentagebuches gemessen, welches die Gruppen nach drei, sechs und zwölf Monaten per Post zugesendet bekamen. Die Kontrollgruppe sendete es wieder zurück, die Interventionsgruppe brachte es zum nächsten Treffen mit und gab es der spezialisierten Pflegekraft. Gemessen wurden der Verbrauch von Slipeinlagen, Damenbinden, Inkontinenzeinlagen und der gesamte Verbrauch der Schutzworlagen. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf den Vorlagenverbrauch festgestellt werden (Tabelle 4). Beide Gruppen zeigten einen geringeren Verbrauch in der Verwendung von den gesamten Vorlagen nach zwölf Monaten, wobei der Rückgang in der Interventionsgruppe höher war. In der Interventionsgruppe verringerte sich nach zwölf Monaten der durchschnittliche Verbrauch von Vorlagen von 7.1 Stück auf 4.2 Stück. In der Kontrollgruppe sank die Anzahl nach zwölf Monaten von 5.9 Stück auf 5.8 Stück. Innerhalb der Interventionsgruppe sank der Verbrauch der Slipeinlagen und Damenbinden signifikant ($p < 0,05$). (Du Moulin et al. 2007)

	Interventionsgruppe (n=35)			Kontrollgruppe (n=10)			p-Wert	
	Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 12 Monaten	Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 12 Monaten	Nach 6 Monaten	Nach 12 Monaten
Slipereinlagen	2,9	1,9	1,2	3,3	3,1	3,3	1,00	0,396
Damenbinden	1,5	0,3	0,2	0,8	1,5	1,0	0,070	0,319
Inkontinenzeinlagen	2,7	2,9	2,7	1,9	1,8	1,5	0,465	0,795
Gesamter Verbrauch	7,1	5,0	4,2	5,9	6,4	5,8	0,250	0,136

Tabelle 4: Durchschnittliche Anzahl der verbrauchten Vorlagen in 3 Tagen, angelehnt an Du Moulin et al. (2007)

3.2.3. Lebensqualität

Die Lebensqualität wurde anhand des Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) gemessen (Shumaker et al. 1994). Dieser Fragebogen besteht aus 30 Items und fünf Subskalen, welche die Bereiche „Mobilität“, „soziales Verhalten“, „emotionale Fähigkeiten“, „körperliche Funktionsfähigkeit“ und „Betroffenheit“ enthalten. Der Fragebogen misst die Auswirkungen der HI auf diese fünf Bereiche. Umso höher die Punkte des Tests waren, umso mehr empfanden die Teilnehmerinnen, dass sich die HI auf ihr tägliches Leben auswirkt. (Du Moulin et al. 2007)

Die Ergebnisse zeigten eine Verbesserung in Hinblick auf die „Mobilität“, „soziale Fähigkeiten“ sowie „Betroffenheit“ sowohl nach sechs und zwölf Monaten. Nach zwölf Monaten hatte sich jede Subskala verbessert. In der Kontrollgruppe verbesserten sich im Laufe der Behandlung nach sechs Monaten die „emotionalen Fähigkeiten“. Vom ersten Erhebungswert weg, hatte auch die normale Behandlung des/der AllgemeinmedizinerIn auf die Kontrollgruppe nach zwölf Monaten in allen fünf Bereichen einen positiven Effekt. Statistisch signifikant waren hierbei aber nur „Mobilität“ und „Betroffenheit“. Im Vergleich der beiden Gruppen zeigte sich ein statistisch signifikanter geringer Wert in der Interventionsgruppe im Bereich der „körperlichen Funktionsfähigkeit“. (Du Moulin et al. 2007)

3.2.4. Symptome der HI

Die Veränderungen der belastenden Symptome, welche auf die HI zurückzuführen sind, wurden mit dem Urogenital Distress Inventory (UDI) gemessen (Shumaker et al. 1994). Der Fragebogen enthielt fünf Kategorien: „Beschwerden/Schmerzen“, „HI“, „überaktive Blase“, „Genitalprolaps“ und „obstruktive Miktions“. Je nachdem wie belastend die Teilnehmerinnen die Symptome empfanden, entschieden sie sich auf einer Likertskala mit vier Punkten von „1=gar nicht“ bis „4=sehr“. Zwischen den Gruppen ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Innerhalb der Interventionsgruppe zeigten sich nach sechs Monaten weniger belastende Symptome in Bezug auf „HI“, bezüglich „Beschwerden/Schmerzen“ und „überaktive Blase“. Nach zwölf Monaten verbesserten sich die Symptome noch immer, zusätzlich mit einer statistisch signifikanten Verbesserung der „obstruktive Miktions“. Innerhalb der Kontrollgruppe sank die Belastung der HI statistisch signifikant. Auch im Bereich „überaktive Blase“ zeigte sich nach zwölf Monaten ein statistisch signifikanter Rückgang. (Du Moulin et al. 2007)

3.2.5. Zufriedenheit

Um die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen über die Behandlung zu messen, wurde eine Zehn- Punkteskala verwendet. Die Teilnehmerinnen mussten von „sehr schlecht“ (1) bis „ausgezeichnet“ (10) wählen. Obwohl die Zufriedenheit in der Interventionsgruppe höher war, gab es im Vergleich zu der Kontrollgruppe keine statistisch signifikanten Unterschiede. (Du Moulin et al. 2007)

Effektivität und ökonomische Auswirkungen der CN

Um einen größeren Überblick über die Auswirkungen der CN auf Personen mit HI zu erlangen, wurden zwei weitere Studien inkludiert. Diese bezogen sich auf die Effektivität

und die ökonomischen Auswirkungen einer CN. (Albers-Heitner et al. 2011, 2012)

Es wurde davon ausgegangen, dass aufgrund der hohen Prävalenz bei Frauen welche an HI leiden, der Großteil der untersuchten Stichprobe, bei Albers-Heitner et al. (2011, 2012) Frauen sind. Diese Vermutung bestätigte sich mit einem 93%igen Anteil von Frauen in den Studien von Albers-Heiner et al. (2011, 2012).

3.2.6. Reduktion der Harninkontinenzintensität

Die Ausprägung der HI wurde mit dem International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-UI SF) gemessen (Avery et al. 2004). Die TeilnehmerInnen berichteten in diesem Fragebogen selbst über die Häufigkeit, die wahrgenommene Menge an Harnverlust und die Auswirkungen ihrer HI. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen nach drei Monaten und einem Jahr. Es konnte dennoch in beiden Gruppen eine Verbesserung der Harninkontinenzintensität nachgewiesen werden. (Albers-Heitner et al. 2012)

3.2.7. Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mithilfe der Visual Analogue Scale (VAS) und des ICIQ-UI SF wurden die Auswirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ermittelt (Avery et al. 2004). Bei der Datenanalyse ergab sich kein Unterschied auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zwischen den Gruppen. Depressionen oder Angststörungen zeigten eine Auswirkung auf die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in beiden Gruppen. (Albers-Heitner et al. 2011)

3.2.8. Kosteneffizienz

Für die Berechnung der Kosteneffizienz wurde die Frage, wie kosteneffizient die Maßnahmen der CN im Gegensatz zum/zur AllgemeinmedizinerIn in der Erstversorgung sind gestellt.

Die gesellschaftlichen Kosten wurden auf einem Konto gesammelt. Die Kosten des Gebrauches an Ressourcen des Gesundheitswesens, PatientInnen- und Familienkosten und Produktivitätskosten wurden von den TeilnehmerInnen mithilfe eines dreimonatlichen Fragebogens gesammelt. Die durchschnittlichen Kosten für das Gesundheitswesen betragen in der Interventionsgruppe 618€ und in der Kontrollgruppe 398€. Die meisten Kosten verursachten Inkontinenzvorlagen und die Interventionen, wobei der Unterschied der beiden Gruppen hauptsächlich in den Kosten der Interventionen (im Durchschnitt 195€) der CN lagen. Die persönlichen Ausgaben waren in beiden Gruppen niedrig. Die gesamten gesellschaftlichen Kosten, also die Kosten des Gesundheitswesens und die persönlichen Kosten, umfassten in der Interventionsgruppe 677€ und in der Kontrollgruppe 453€. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Involvierung der CN in die Erstversorgung für das Gesundheitssystem kosteneffizienter ist als die Behandlung durch den/die AllgemeinmedizinerIn beträgt 58%. Für den PatientenIn wird angenommen, dass die Behandlung durch die CN mit einer Wahrscheinlichkeit von 77% kosteneffizient ist. (Albers-Heitner et al. 2012)

Für PatientInnen mit HI und Depressionen oder Angststörungen ist die Wahrscheinlichkeit, dass CN kosteneffektiv ist, geringer. Des Weiteren wären die Kosten geringer, wenn anstatt einer CN eine „normale“ Krankenschwester die Interventionen durchführen würde. (Albers-Heitner et al. 2012)

4. Diskussion

Ziel dieser systematischen Literaturrecherche war es primär, die Auswirkungen der CN auf Frauen mit HI durch die vorhandene internationale Literatur zu beschreiben. Sekundär wurden die ökonomischen Aspekte und die Effektivität der CN auf Personen mit HI im Gegensatz zu der Versorgung durch den/die AllgemeinmedizinerIn in der Erstversorgung zu beschreiben.

Alle drei inkludierten Studien geben in der Einleitung keine Definitionen bezüglich HI und CN oder spezialisierte Pflegekräfte (Du Moulin et al. 2007; Albers-Heitner et al. 2011, 2012). Aufgrund dessen, dass auf diese Studien international zugegriffen werden kann, ist es wichtig, zuerst das Verständnis zu klären. Der/die LeserIn sollte von den Begriffen dasselbe Verständnis haben. Weil vor allem die Ausbildungen in verschiedenen Ländern unterschiedlich gestaltet und aufgebaut sind, wäre es wichtig, die Ausbildungen kurz zu beschreiben.

Du Moulin et al. (2007) kam zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität bei Frauen mit HI durch eine CN verbessert werden kann. In der internationalen Literatur wird ebenso ein positiver Effekt einer CN auf die Lebensqualität der Betroffenen beschrieben (Senra & Pereira 2015).

Wie Senra und Pereira (2015) herausfanden, ist die Lebensqualität mit Dranginkontinenz schlechter als mit Stressinkontinenz. Dies konnte Du Moulin (2007) nicht bestätigen, da die Population aus Betroffenen mit Drang-, Misch- und Stressinkontinenz bestand und die Ergebnisse nicht separat betrachtet wurden. Die Ergebnisse können ebenso nicht damit verglichen werden, ob Betroffene mit Dranginkontinenz schlechtere Ergebnisse erzielten als Betroffene mit Stressinkontinenz.

Ebenso berichtet „Health Quality Ontario“ (2013), dass spezialisierte Pflegekräfte vergleichbare Ergebnisse wie ein/eine AllgemeinmedizinerIn erzielen können und die Erstversorgung chronisch Kranker verbessern können.

Zusätzlich hat sich gezeigt, dass durch die CN die Intensität der HI gesenkt werden konnte (Du Moulin et al. 2007). Nach 6 Monaten kam es zu einer Reduktion des mäßigen Harnverlustes und ebenso konnte man einen Trend in Richtung Reduktion des gesamten Harnverlusts nach 6 und 12 Monaten identifizieren.

Senra und Pereira (2015) stellten fest, dass die Lebensqualität bei massivem Harnverlust im Gegensatz zu schwachen sehr stark eingeschränkt ist. In der Studie von Du Moulin et al. (2007) wurden die Ergebnisse nicht nach Stärke der HI-Intensität mit Bezug auf die Lebensqualität ausgewertet. Hier kann somit nicht gesagt werden, ob in der HI-Intensität die Lebensqualität der Betroffenen beeinflussen.

Albers-Heitner et al. (2011) untersuchte die Auswirkung der CN auf die Schwere der HI und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Männer und Frauen. Im Gegensatz zu der Behandlung von dem/der AllgemeinmedizinerIn, verbesserte sich die Interventionsgruppe durch die CN statistisch signifikant in sowohl Schwere der HI, als auch in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Erstversorgung. Auch wenn ein Vergleich der Ergebnisse durch die verschiedenen Stichproben erschwert ist, scheint die CN einen positiven Effekt in Bezug auf Schwere der HI und Lebensqualität sowohl auf Frauen als auch auf Männer zu haben.

Ein weiteres Ergebnis bei Du Moulin et al. (2007) bestand in der Reduktion der Inkontinenzeinlagen. Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich Vorlagenverbrauch identifiziert werden. Dennoch sank der Verbrauch sowohl innerhalb der Kontroll- als auch innerhalb der Interventionsgruppe. Dass in beiden Gruppen der Verbrauch sank, kann den Grund haben, dass die Teilnehmerinnen besonders darauf geachtet haben, wann und wie häufig die Vorlagen gewechselt wurden. Diese subjektive Einschätzung der einzelnen TeilnehmerInnen, wann die Vorlagen zu wechseln sind, beschreibt Du Moulin et al. (2007) als Limitation ihrer Studie. Sie empfehlen zur genauen Messung Einlagen, welche über 24-h den Harnverlust messen.

Weil HI nicht nur psychische, sondern auch physische Auswirkungen wie zum Beispiel eine Inkontinenz-assozierte Dermatitis verursachen kann und die CN die gesamte Intensität von HI senkt, kann die Wahrscheinlichkeit auf eine Inkontinenz-assozierte

Dermatitis reduziert werden (Campel, Coyer & Osbourne 2014; Du Moulin et al. 2007).

Die Kosteneffektivität wurde von Albers-Heitner (2012) gemessen. Der Einsatz einer CN würde mit einer Wahrscheinlichkeit von 58% kosteneffektiv sein. Durch die Involvierung der CN anstatt des/der AllgemeinmedizinerIn könnten gesellschaftliche Kosten von 16,742 € eingespart werden. Der Vergleich der Kosteneffizienz der Behandlung von PatientInnen mit HI durch die CN, im Gegensatz zum/zur AllgemeinmedizinerIn, mit anderen Studienergebnissen war nicht möglich, da diesbezüglich keine Literatur gefunden wurde.

HI verursacht eine Menge an direkten, indirekten und intangiblen Kosten (Perabo 2009). Betrachtet man die Ergebnisse aller Studien kann angenommen werden, dass es einerseits durch die Kosteneffektivität und andererseits durch die Verbesserung der Lebensqualität, der Verringerung der HI Intensität, den geringeren Vorlagenverbrauch und der Senkung der Schwere der HI zusätzlich zu einer sekundären Kosteneinsparung kommen kann (Du Moulin et al. 2007; Albers-Heitner et al. 2011, 2012).

Aufgrund der Ergebnisse konnten sowohl Kosteneinsparungen und Auswirkungen auf die PatientInnen festgestellt werden. Auch wenn viele positive Ergebnisse in den Studien gefunden wurden, müssen diese auch kritisch betrachtet werden.

Betrachtet man die Ergebnisse dieser systematischen Literaturrecherche, kann angenommen werden, dass die Implementierung der CN einen positiven Effekt auf Männer und Frauen hätte und ökonomisch sinnvoll wäre (Du Moulin et al. 2007; Albers-Heitner et al. 2011, 2012). Diese Ergebnisse sind auf das niederländische Gesundheitssystem zurückzuführen (Albers- Heitner et al. 2012). Da Österreich ein anderes Gesundheitssystem als die Niederlande hat, müsste die Effektivität einer spezialisierten Pflegekraft zuerst in Österreich überprüft werden, um Schlüsse auf Österreich ziehen zu können.

Bezieht man die gesamten Ergebnisse auf die Erstversorgung, wäre der Einsatz der CN positiv zu sehen. Vor allem durch die fallende Anzahl an AllgemeinmedizinerInnen in den letzten Jahren in Österreich muss sich das Gesundheitswesen Gedanken um die Versorgung der Bevölkerung machen (Czypionka & Ulinski 2014). Inwiefern dies auf

Österreich umsetzbar ist, ist nicht klar, da es keine Studien darüber gibt. In vielen Ländern werden spezialisierte Pflegekräfte schon in die Erstversorgung mit eingebunden (Czypionka & Ulinski 2014).

Eine weitere Einschränkung dieser Ergebnisse ist hinsichtlich der unterschiedlichen Ausbildungen in den einzelnen Ländern zu nennen. In den inkludierten Studien haben alle CN dieselbe Ausbildung. Wie erwähnt, sind die Ausbildungen international verschieden. Bevor eine Umsetzung stattfinden könnte, müssten die Pflegekräfte die dementsprechende Ausbildung in Österreich zur Verfügung haben. Im Gegensatz zu Österreich liegt in Amerika eine akademisierte Form der Ausbildung zur CN vor (Wound Ostomy and Continence Nurses Society o.J.). Die Zusatzausbildung zur „Kontinenz- und Stomaberatung“ in Österreich müsste auf Universitätsniveau gehoben und die Dauer der Ausbildung verlängert werden.

Alle drei Studien untersuchten dieselben Formen der HI, nämlich Drang-, Stress- und Mischinkontinenz. Es wird allerdings in keiner der Studien eine Subanalyse bezüglich HI-Formen durchgeführt. Es steht fest, dass die Prävalenz der HI bei Frauen höher ist und Frauen zum größten Teil an Stressinkontinenz leiden (Lohrmann, Bauer & Mandl 2015). Hingegen weisen Männer häufiger eine Dranginkontinenz auf, welche sich gut medikamentös einstellen lässt (Lohrmann, Bauer & Mandl 2015; Menche & Brandt 2013). Somit kann nicht genau eingeschätzt werden, auf welche Form die CN speziell Auswirkungen erzielt.

Des Weiteren wäre es interessant gewesen, zwischen „neu“ diagnostizierter und schon diagnostizierter HI in den Studien die Ergebnisse zu vergleichen. Betroffene mit „Neu“ diagnostizierter HI hätten keinen Vergleich mit einer Routinebehandlung. PatientInnen, welche schon länger eine HI- Diagnose haben, hätten eventuell mehr Motivation, neue, beziehungsweise mehrere Therapiestrategien kennenzulernen und konsequent durchzuführen. Ein weiterer Grund für positive Ergebnisse könnte die Beziehung zwischen CN und dem/der PatientIn sein.

Inwiefern die Ergebnisse von jenen TeilnehmerInnen, welche eine geringere Anzahl an Besuchen der CN hatten, im Gegensatz zu den anderen TeilnehmerInnen abgewichen sind,

wurde nicht analysiert (Du Moulin et al. 2007; Albers- Heitner et al. 2011).

5. Zusammenfassung und Ausblick

5.1. Stärken und Schwächen dieser Arbeit

Mit der Suchstrategie wurde nur eine geringe Anzahl an Studien gefunden. Ein Schwachpunkt dieser Arbeit ist, dass in nur zwei Datenbanken nach Literatur recherchiert wurde. Ebenso wurden die Studien auf nur zwei Sprachen, nämlich Englisch und Deutsch beschränkt. Ein positiver Aspekt dieser Arbeit ist, dass nur Literatur, welche nicht älter als zehn Jahre ist, herangezogen wurde, um den gegenwertigen Stand der Wissenschaft zu reflektieren. Eine weitere Stärke ist, dass die Studien beurteilt und übersichtlich zusammengefasst worden sind. Somit konnte ein erster Überblick geschafft werden, um die Auswirkungen einer CN auf Frauen mit HI aufzuzeigen.

5.2. Schlussfolgerung

Es konnten fünf Auswirkungen auf Frauen mit HI, nämlich Auswirkungen auf die HI-Intensität, den Vorlagenverbrauch, die Lebensqualität, die Symptome der HI und die Zufriedenheit beschrieben werden, und somit konnte die Forschungsfrage beantwortet werden. Nur bei wenigen Auswirkungen bestanden signifikante Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe, sodass die Ergebnisse zwar Auswirkungen aufzeigen, aber der genauere Nutzen noch weiter erforscht werden muss. Klar ist, dass noch weitere Forschung zu dem Thema „CN“ und die Auswirkung auf Frauen mit HI notwendig ist. Auch wenn alle Studiendesigns randomisierte kontrollierte Studien waren, und deshalb einen hohen Grad an Evidenz aufgrund des Forschungsdesigns aufweisen können, sind die Ergebnisse zum Teil kritisch zu betrachten. Im Gegensatz dazu gibt es auch qualitative Studien, welche die Untersuchung von Phänomenen, Gefühlen und Empfindungen behandeln. (Polit & Beck 2012)

Bei der Empfehlung von Albers- Heitner et al. (2012), dass die Involvierung der spezialisierten Pflegekraft in die Erstversorgung von harninkontinenten PatientInnen kosteneffizient ist, ist zu beachten, dass das Ergebnis auf dem niederländischen Gesundheitssystem basiert. Auch hier sind noch Langzeitergebnisse erforderlich.

Anhand dieser Studien kann weitere Forschung aufgebaut werden. Für die Praxis haben die Ergebnisse vor allem folgende Aussage: Spezialisierte Fachkräfte scheinen in der Lage zu sein, auf Basis einer guten Ausbildung einen Bereich der Allgemeinmedizin übernehmen zu können. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass das ohnehin kostenüberlastete Gesundheitssystem auf längere Sicht nicht nur eine bessere Betreuung in der Erstversorgung, sondern auch eine facettenreiche, gut koordinierte, multidisziplinäre Versorgung durch die CN bieten würde. Diese gute Koordinierung in der Praxis durch eine kompetente Fachkraft kann vor allem die Lebensqualität und die Zufriedenheit der PatientInnen verbessern.

Literaturverzeichnis

Albers-Heitner, P, Berghmans, B, Nieman, F, Lagro-Janssen, T & Winkens, R 2008, “Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 14, Nr. 5, S. 807–811, doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00925.x

Albers-Heitner, CP, Lagro-Janssen, ALM, Joore, MA, Berghmans, LCM, Nieman, F, Venema, PL, Severens, JL & Winkens, R 2011, “Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial”, *The International Journal of Clinical Practice*, Vol. 65, Nr. 6, S. 635-7, doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02652.x

Albers-Heitner, CP, Joore, MA, Winkens, RAG, Lagro-Janssen, ALM, Severens, JL & Berghmans, LCM 2012, “Cost-Effectiveness of Involving Nurse Specialists for Adult Patients with Urinary Incontinence in Primary Care Compared to Care-as-Usual: An Economic Evaluation Alongside a Pragmatic Randomized Controlled Trial”, *Neurourology and Urodynamics*, Vol.31, Nr.4, S. 526–534, doi: 10.1002/nau.21204

Aulbert, E, Nauck, F, Radbruch, L 2012, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, abgerufen am 27.03.2016,
https://books.google.at/books?id=ePeVKflg2OUC&printsec=frontcover&hl=de&source=gs_bse_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Ausbildungszentrum West o.J., *Weiterbildung Kontinenz- und Stomaberatung*, abgerufen am 28.02.2016,
https://www.azw.ac.at/page.cfm?vpath=pflegeausbildungen/weiterbildungen/kontinenz_stomaberatung

Campbell, J, Coyer, F & Osborne S 2014, “Incontinence-associated dermatitis: cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting”, *International*

Wound Journal, ISSN 1742-4801, doi: 10.1111/iwj.12322

Coyne, KS, Wein, A, Nicholson, S, Kvasz, M, Chen, CI & Milsom, I 2013, “Comorbidities and personal burden of urgency urinary incontinence: a systematic review”, *International Journal of Clinical Practice*, Vol.67, Nr.10, S. 1015–1033, doi: 10.1111/ijcp.12164

Czypionka, T & Ulinski, S 2014 *Primärversorgung*, abgerufen am 28.02.2016, <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.602001&action=b&cacheability=PAGE&version=1410347801>

Deutsche Kontinenz Gesellschaft o.J., *Harn-Inkontinenz*, abgerufen am 28.02.2016, <http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Harn-Inkontinenz.28.0.html>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 2014, Expertenstandart Förderung der Harninkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung , März, Osnabrück.

Du Moulin, MFMT, Hamers, JPH, Paulus, A, Berendsen, CL & Halfens, RJG 2007, “Effects of Introducing a Specialized Nurse in the Care of Community-Dwelling Women Suffering From Urinary Incontinence A Randomized Controlled Trial”, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nurse*, Vol.34, Nr.6, S. 631-640.

Explore Health Careers 2016, *Clinical Nurse Specialist*, abgerufen am 20.03.2016, http://explorehealthcareers.org/en/Career/82/Clinical_Nurse_Specialist

Gasser, T 2015, *Basiswissen Urologie*, 6. Auflage, Springer-Verlag, Berlin.

Genadry, R & Mostwin, JL 2007, *A Woman’s Guide to Urinary Incontinence*, abgerufen am 28.02.2016, https://books.google.at/books?id=UhVY4BjQr4cC&printsec=frontcover&dq=A+Woman%E2%80%99s+Guide+to+Urinary+Incontinence&hl=de&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=A%20Woman%E2%80%99s%20Guide%20to%20Urinary%20Incontinence&f=false

Goren, A, Zou, KH, Gupta, S & Chen, C 2014, “Direct and indirect cost of urge urinary incontinence with and without pharmacotherapy”, *The International Journal of Clinical Practice*, Vol.68, Nr.3, S. 336-348, doi: 10.1111/ijcp.12301

Haylen, B, De Ridder, D, Freeman, R, Swift, S, Berghmans, B & Lee, J 2010 “An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction”, *Journal of Neurourology and Urodynamics*, Vol.29, Nr.4, S.5-26, doi 10.1002/nau

Health Quality Ontario 2013, “Specialized Nursing Practice for Chronic Disease Management in the Primary Care Setting: An Evidence-Based Analysis”, *Ontario Health Technology Assessment Series*, Vol.13, Nr.10, S. 1–66.

Hoabin, Y & Beverly, AW 2010, “Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people”, *Health and Social Care in the Community*, Vol.18, Nr.1, S. 82-90, doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00876.x

International Continence Society 2015, *Fact Sheets: A Background to Urinary and Faecal Incontinence*, abgerufen am 28.02.2016,
<http://www.ics.org/Documents/Documents.aspx?FolderID=82>

Kaşıkcı, M, Kılıç, D, Avşar, G & Şirin, M 2015, “Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living”, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Vol.61, Nr.2, S. 217-23, doi: 10.1016/j.archger.2015.06.008

Kleinman, N, Chieh, C, Atkinson, A, Odell, K & Zou, K 2014, “Economic Burden of Urge Urinary Incontinence in the Workplace”, *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, Vol.56, Nr.3, S. 266-269, doi: 10.1097/JOM.0000000000000085

Legendre, G, Ringa, V, Panjo, H, Zins, M & Fritel, X 2014, “Incidence and Remission of Urinary Incontinence at midlife: A cohort study”, *Royal College of Obstetricians and*

Gynaecologists, Vol.122, Nr.6, S. 816-824, doi: 10.1111/1471-0528.12990

Lehmann-Carli, G 2013, *Empathie und Tabu(-bruch) in Kultur, Literatur und Medizin*, Frank und Thieme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur, Berlin.

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, DG 2009, "The PRISMA Group: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement", *Annals of Internal Medicine*, Vol.151, Nr.4, S. 264-269, doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

NANDA International 2013, Hrsg. Herdmann, HT, *Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation*, RECOM GmbH & Co. KG, Kassel, Deutschland.

ÖPIA 2015, *Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung*, abgerufen am 28.02.2016,
http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/wpcontent/uploads/2015/05/OEIHS_Endbericht_Endfassung1.pdf

Perabo, F 2009, *Inkontinenz: Fragen und Antworten*, Deutscher Ärzteverlag.

Polit, DF & Beck, CT 2012, *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. Aufl., Philadelphia PA, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Schewior-Popp, S, Sitzmann, F & Ullrich, L 2012, *Thieme Pflege- Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*, 12. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Schulenburg, GJM, Mittendorf, T, Clouth, J, Stoeber, Y & Greiner, W 2007, „Kosten der Harninkontinenz in Deutschland“, *Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement*, Vol.12, Nr.5, S. 301-309, doi: 10.1055/s-2007-963204

Senra1, C, Pereira, G 2015, "Quality of life in women with urinary incontinence", *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol.61, Nr.2, S.178-183.

Shahin, ESM & Lohrmann, C 2014, "Prevalence of Urinary Incontinence in Austrian Hospitals", *Asian Academic Research Journal of Multidisciplinary*, Vol.1, Nr.17, S. 2319 – 2801.

Shumaker, SA, Wyman, JF, Uebersax, JS, McClish, D & Fantl, JA 1994, "Health-Related Quality of Life Measures for Women with Urinary Incontinence: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory", *Quality of Life Research*, Vol.3, Nr.5, S. 291-306.

Statistik Austria 2015, *Bevölkerungsstand und -struktur*, abgerufen am 28.02.2016, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html

Subak, L, Van Den Eeden, S, Thom, D, Creasman, JM & Brown, JS 2007, "Urinary Incontinence in Women: Direct costs of Routine Care", *American Journal Obstetrics and Gynecology*, Vol.197, Nr.6, S. 596.e1-9.

UK Health Centre 2016, *Continence Clinics*, abgerufen am 28.02.2016, <http://www.healthcentre.org.uk/incontinence/find.html>

Wound Ostomy and Continence Nurses Society 2009, *Role of the Wound Ostomy Continence Nurse or Continence Care Nurse in Continence Care*, abgerufen am 28.02.2016, http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/Role_of_the_WOC_Nurse_or_Con.pdf

Wound Ostomy and Continence Nurses Society o.J., *Become a WOC Nurse*, abgerufen am 28.02.2016, http://www.wocn.org/page/become_a_woc_nurse

Wu, JM, Matthews, CA, Vaughan, CP & Markland, AD 2015, "Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. Adults", *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.63, Nr.5, S. 947-53, doi: 10.1111/jgs.13385

Anhang

Bewertungskriterien für quantitative- und qualitative Studien

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003)

“Effects of Introducing a Specialized Nurse in the Care of Community-Dwelling Women Suffering from Urinary Incontinence- A Randomized Controlled Trial.”

M.F.M.T. Du Moulin, J.P.H. Hamers, A. Paulus, C.L. Berendsen, R. Halfens 2007

Quantitative Studies

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)
Der Titel beinhaltet alle relevanten Informationen und ist so kurz wie möglich gehalten. In der Unterüberschrift wird auf das Studiendesign hingewiesen.
2. Does the title reflect the content of the whole text?
Der Titel reflektiert den Inhalt der Studie.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?
Man kann aus dem Abstract eine gute Zusammenfassung herauslesen, warum die Studie durchgeführt wurde. Ebenso nach welchen Auswirkungen gesucht wurde (quality of life, frequency and volume of incontinence, patient satisfaction) ist gut ersichtlich. Keywords sind weder im Abstract noch in der Einleitung oder im Titel vorhanden. Es fehlt der Zeitpunkt der Datensammlung und wie die Daten analysiert wurden. Auch das Alter der Stichprobe fehlt, welches bei diesem Thema wichtig wäre, um es im Abstract herauszulesen. Die Länge des Abstracts ist ideal und es wurde die Abkürzung UI angegeben.
4. Can the abstract be understood without reading the whole text?
Der Abstract kann auch ohne dass man den Text liest verstanden werden.
5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Es sind Inkonsistenzen zwischen Abstract und dem restlichen Text in Bezug auf die Auswirkungen. Im restlichen Text ist von der Anzahl der Vorlagen beziehungsweise Inkontinenzhosen die Rede, und im Abstract allein von dem Volumen des Harnverlusts.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

Die Einleitung ist von allgemein zu spezifisch aufgebaut. Herauszulesen ist, eine ausreichende Zusammenfassung über schon vorhandene Forschungsergebnisse. Warum genau nur zuhause lebende Frauen ausgewählt wurden, wird nicht beschrieben. Auch Prävalenz- und Inzidenzdaten werden keine angegeben. Definitionen sind ebenso keine angegeben.

7. What is the research problem?

Das Forschungsproblem ist, dass es noch keine Lang- und Kurzzeit-Ergebnisse über die Auswirkungen der CN in Bezug auf Frauen mit HI gibt, welche in Gemeinwohnungen leben. Die Ergebnisse sollen zeigen, dass eine CN gleiche, wenn nicht bessere Ergebnisse erzielt, wie ein/eine AllgemeinmedizinerIn.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Die Übersicht der vorhandenen Literatur ist ausreichend.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Insgesamt acht Literaturangaben sind älter als zehn Jahre. Es werden keine Begründungen dafür im Text angegeben.

10. Are there definitions mentioned?

Es werden keine Definitionen angegeben. Allein, dass alle Formen der HI inkludiert wurden ist angegeben und ein kurzer Satz darüber, welche Tätigkeiten CN erfüllen.

11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?

Die unabhängige Variable ist „Effects of Introducing a Continence Nurse“ und die abhängige Variable „Community-Dwelling Women Suffering From Urinary Incontinence“.

12. What is the research gap?

Die Lücke ist, dass es vor allem noch keine Langzeitergebnisse von den Auswirkungen einer CN auf Frauen mit HI gibt.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Der Grund für diese Studie ist, die Auswirkungen einer CN auf zuhause lebenden Frauen, welche an HI leiden, aufzuzeigen und die Ergebnisse mit den Auswirkungen eines/einer AllgemeinmedizinerIn zu vergleichen. Die Fragestellung wird nicht explizit angegeben, jedoch das Ziel dieser Studie.

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?

Design, Interventionen, Sample, Ethik, Messmethoden, Datensammlung und Analyse werden beschrieben. Das Setting wird nicht näher beschrieben.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Die Methoden sind ausreichend beschrieben, allerdings bekommt man keine Informationen darüber, wie oft die CN die Teilnehmerinnen besucht.

Design

16. What is the research approach?

Der Forschungsansatz ist quantitativ.

17. What is the research design?

Das Design ist ein Randomisierte Kontrollierte Studie.

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Das Design ist für die Fragestellung passend.

Sample

19. What is the sample?

Das Sample sind Frauen im Alter von 18+ aus dem häuslichen Setting.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Die Vorgehensweise, um zu den Teilnehmerinnen zu gelangen fand über einen zweijährigen Zeitraum statt. Frauen, welche zu ihrem Hausarzt mit Beschwerden kamen, wurden gefragt, ob sie bei der Studie teilnehmen wollen. Zusätzliche Maßnahmen waren Telefonanrufe, persönliche Besuche, Poster und Broschüren.

21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Die Auswahl kann die Ergebnisse beeinflussen, da nicht die Stichprobe, sondern die AllgemeinmedizinerInnen randomisiert wurden. So kann es sein, dass zwar AllgemeinmedizinerInnen ausgewählt wurden, jedoch nur eine geringe Anzahl an HI- PatientInnen haben.

22. What is the response rate?

Die Rücklaufquote wird im Text nicht explizit angegeben. Sie beträgt ungefähr 12%.

23. Were there refusals, dropouts or deaths?

Fünf Teilnehmerinnen fielen aus der Studie aufgrund von Krankheit oder der Nachfrage der Studienteilnahme.

24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Das Sample ist so gewählt, um die Forschungsfrage beantworten zu können.

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?

Eine Genehmigung des Ethikkomitees vom "Atrium Medical Center" wurde gegeben.

26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Nach einer mündlichen und schriftlichen Information über die Studie, wurde den Teilnehmerinnen eine schriftliche informierte Zustimmung zum unterschrieben gegeben. Anonymität und Vertraulichkeit wurden versichert.

Setting

27. What is the setting for data collection?

Das Setting war das häusliche Umfeld. Es werden keine weiteren genauen Angaben erwähnt.

28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Das Setting ist zur Beantwortung der Forschungsfrage passend.

Experiment (if applicable)

29. What is the intervention?

Die Teilnehmerinnen in der Interventionsgruppe trafen sich mit der CN, welche sie ein Jahr betreute, berät und eine Begutachtung unter Miteinbeziehung der Biografie und der Messung der Restharmenge durchführte. Es wurden ein Miktionstagebuch geführt und Fragen über die Lebensqualität gestellt. Die Ergebnisse wurden bei einem anschließenden Treffen überprüft. Durch ein multidisziplinäres Team wurde ein Protokoll über Behandlungsmöglichkeiten erstellt, über welche die CN die Betroffenen aufklärte. Ebenso erstellte sie individuelle Freizeit- und Verhaltensmaßnahmen für die Teilnehmerinnen und klärte sie über die Verwendung von Einlagen und Schutzhosen auf. Nach 3,6 und 12 Monaten schickten die Teilnehmerinnen immer zwei Wochen vor dem Termin das

Miktionstagebuch mit dem Fragebogen über die Lebensqualität. Wenn die Teilnehmerinnen mit der Behandlung unzufrieden waren, wurde die Behandlung begutachtet und, wenn notwendig wurden diese von der CN zu einem/einer UrologIn geschickt. Nach jedem Termin berichtete die CN die Ergebnisse dem/der jeweiligen AllgemeinmedizinerIn. Die Kontrollgruppe konnte auch zu der Physiotherapie oder einem/einer UrologenIn überwiesen werden.

30. Is the intervention described in sufficient detail?

Die Intervention ist zum Teil in einer Unterüberschrift beschrieben. Jedoch genaue Informationen wie oft die CN zu den Betroffenen gekommen ist oder welche weiteren Tätigkeiten sie mit den Betroffenen ausführte (außer Fragebogen, Skala, aushändigen des Miktionstagebuches, etc.) kann nicht genau herausgelesen werden.

31. Do the participants know whether they received the intervention or not?

Die Teilnehmerinnen wussten in welche Gruppe sie gelangen.

32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?

Nein.

33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?

Die Ergebnisse können durch die unterschiedlichen Behandlungen im Protokoll (Medikamente, Physiotherapie) je nach Form der HI beeinflusst werden.

Data collection

34. What is the data collection method?

Die Häufigkeit, das Volumen des Harnverlustes und die Anzahl der Einlagen wurde durch ein dreitägiges Miktionstagebuch gemessen. Die Einschränkung im täglichen Leben wurde mittels des „Incontinence Impact Questionare“ gemessen, welche die Mobilität bzw. die Bewegungsfreiheit, die emotionale Komponente, die soziale Situation und die Verlegenheit beinhaltet. Das Ausmaß beziehungsweise die Form der HI wurden mit dem Urogenital Distress Inventory Fragebogen gemessen. Um die gesundheitsbezogene Qualität des Lebens zu messen wurde der EuroQol (EQ-5D) Fragebogen verwendet. Die Zufriedenheit der Patientinnen wurde auf einer Skala von 1-10 angegeben.

35. Is the data collection method reliable and valid?

Die Validität ist bei dem Incontinence Impact Questionnaire und dem Urogenital Distress Inventory Fragebogen angegeben. Über das dreitägige Miktionstagebuch

sind Referenzen angegeben. Ansonsten befinden sich keine Angaben über psychometrische Eigenschaften der Erhebungsinstrumente in den Artikeln.

36. Is the data collection method appropriate for the research design?

Die Art der Datensammlung passt zum Forschungsdesign.

37. Does the data collection method bias the results?

Ja, ist möglich, dass die Teilnehmerinnen die Fragebögen nicht wahrheitsgemäß ausgefüllt haben.

Data analysis

38. What statistical methods are used to analyze the data?

Analysiert wurden die Daten mit dem SPSS 13 Software Programm.

39. What is the level of significance?

Der Signifikanzwert ist $p=0.5$.

40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja.

Results

41. What are the main findings?

Nach 6 Monaten war eine Verringerung der mäßigen HI-Intensität in der Interventionsgruppe zu sehen. Auch eine fallende Tendenz zeigten die gesamte HI-Intensität betreffend. Auch die schweren Episoden sanken nach 6 und 12 Monaten statistisch signifikant.

Zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe gab es in Hinblick auf die Urininkontinenzepisoden keine signifikanten Unterschiede. Es wurden in der Interventions- und Kontrollgruppe eine Verringerung des Verbrauches der Einlage bzw. Schutzhosen gemessen. Vor allem in der Interventionsgruppe nach 12 Monaten reduzierte sich der Verbrauch wesentlich. Ebenso verbesserte sich die Einschränkung des Lebens dieser Teilnehmerinnen nach 6 Monaten. Obwohl es zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Differenzen gab, war die Zufriedenheit in der Interventionsgruppe höher.

42. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Die Ergebnisse sind übersichtlich in Subkapitel gegliedert.

43. Are the tables and figures easy to understand?

Die Grafiken und Tabellen sind übersichtlich gestaltet.

44. Do the results answer the research questions (purpose)?

Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage.

45. Are the results present in an objective way?

Die Ergebnisse werden objektiv präsentiert.

Discussion

46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Leider wird in der Diskussion die Forschungsfrage nicht wieder aufgegriffen und auf das Setting wird auch nicht eingegangen. Die Limitationen und Bias der Studie werden aufgezeigt. Verbesserungsempfehlungen für weitere Forschung werden genannt. Der Aufbau ist nicht von spezifisch zu allgemein aufgebaut.

47. Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja.

48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Die Schlussfassung der Studie ist leider kurz gehalten aber selbstkritisch und auf den Punkt gebracht.

49. Does author give implications for nursing practice?

Es werden keine Empfehlungen für die Praxis gegeben.

50. Does author give implications for further nursing research?

Der Autor empfiehlt eine größere Samplegröße und 24-Stunden Vorlagen um das Volumen der HI zu messen.

51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Eine Schwäche der Studie war auf jeden Fall, dass die AllgemeinmedizinerInnen randomisiert worden sind, denn jeder hat nur eine beschränkte Anzahl an Patientinnen mit HI. Der Autor erwähnt ebenso die geringe Anzahl an Teilnehmerinnen und die Schwierigkeit der Rekrutierung der Teilnehmerinnen.

52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Eine Stärke der Studie ist, dass es gut überdacht wurde, welche Möglichkeiten im Falle von Problemen zur Verfügung stehen. Es wurde auf die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen eingegangen. Ebenso das Forschungsdesign kann als Stärke angesehen werden.

Reference list

53. Is there a consistent reference style?

Der Zitierstil ist einheitlich.

Using research results

54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja, denn sie zeigen, wie kompetent spezialisierte ausgebildete Pflegekräfte mit der Koordinierung der Behandlung von Frauen mit HI umgehen.

55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Direkte Vorteile- Patientinnen zeigen eine größere Zufriedenheit und geringere Episoden von unfreiwilligen Harnverlust und eine Verbesserung der Lebensqualität.

“Effectiveness of Involving a Nurse Specialist for Patients with Urinary Incontinence in Primary Care: Results of a pragmatic multicenter Randomised Controlled Trial”

Albers-Heitner C. P., Lagro-Janssen A. L. M., Joore M. A., Berghmans L. C. M., Nieman F., Venema P. L., Severens J. L., Winkens R. A. G. 2011

Quantitative studies

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)

Der Titel enthält alle wichtigen Informationen. Die Stichprobe sind Patienten mit HI. Bei dem Setting handelt es sich um die Erstversorgung. Das Studiendesign ist eine RCT.

2. Does the title reflect the content of the whole text?

Im Grunde genommen zeigt der Artikel die Effektivität der spezialisierten Pflegekraft auf, jedoch wird in der Studie um genau zu sein die Auswirkung der spezialisierten Pflegekraft auf die Schwere und die Auswirkungen der HI untersucht.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

Der Abstract bietet eine gute Übersicht über die Studie. Der Hintergrund der Studie wird genannt, das Ziel der Studie, die Methoden werden gut beschrieben mit dem Design, dem Setting, der Dauer der Studie, den Interventionen, die

Datensammlungsmethode und die Datenanalyse. Das Weiter sind in den Ergebnissen das Sample und die Samplegröße angegeben. Es fehlt die Angabe der Keywords.

4. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Der Abstract kann ohne den Artikel zu lesen.

5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Es sind keine Unterschiede zwischen Abstract und Text.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

Die Einleitung ist gut gestaltet. Der Aufbau richtet sich von allgemeinen Informationen zu spezifischen. Aus dem Inhalt kann man eine kurze Erklärung über eine spezialisierte Pflegekraft herauslesen. Das Forschungsproblem und die Forschungsfrage werden angegeben.

7. What is the research problem?

Das Forschungsproblem ist, dass es noch zu wenig Informationen von RCT's über einen längeren Zeitraum über die Effektivität einer spezialisierten Pflegekraft in Hinblick auf harninkontinente Patienten im Vergleich zu einem Allgemeinmediziner in der Erstbehandlung gibt.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Die Einleitung enthält ausreichende Informationen über aktuelle Literatur.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Bis auf eine Literaturangabe ist alles zwischen 5-10 Jahre alt.

10. Are there definitions mentioned?

Es werden keine Definitionen angegeben. Es wird nur wenig über spezialisierte Pflegekräfte erwähnt.

11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?

Die abhängigen Variablen sind Patienten mit HI. Die unabhängige Variable das Miteinbeziehen der spezialisierten Pflegekraft in die Erstversorgung.

12. What is the research gap?

Die Forschungslücke wird nicht speziell genannt, nur das Forschungsproblem.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Die Forschungsfrage lautet, ob durch das Miteinbeziehen von spezialisierten Pflegekräften bei Patienten mit HI im Vergleich zu der gewöhnlichen Behandlung die Schwere der HI, die Häufigkeit, das Volumen und die Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität reduziert werden können.

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?

Die Zeit in der die Studie stattfand, das Forschungsdesign, das Setting, die Samplmethode, Zeitpunkt und Methode der Datensammlung, die Interventionen, Einschluss- und Ausschlusskriterien und Datenanalyse. Es fehlt das Sample und die Ethik im Methodenteil.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Die Methoden sind nur ausreichend beschrieben, aber es wird auf ein Studienprotokoll und die genaue Beschreibung der Interventionen hingewiesen.

Design

16. What is the research approach?

Der Forschungsansatz ist quantitativ.

17. What is the research design?

Das Forschungsdesign ist ein RCT.

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Das Design ist passend für die Forschungsfrage. (Intervention- und Kontrollgruppe)

Sample

19. What is the sample?

384 Patienten mit Stress- Drang- und Mischinkontinenz ab 18 Jahre. 186 in der Interventionsgruppe und 198 in der Kontrollgruppe.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Die Teilnehmer mit HI (Drang-, Stress- und Mischinkontinenz) sind von ihren AllgemeinmedizinerInnen ausgewählt und gefragt worden, um an der Studie teilzunehmen. Um an Teilnehmer zu gelangen, wurde in einer elektronischen Datenbank der AllgemeinmedizinerIn gesucht und örtliche Apotheken schickten Listen von PatientenInnen, welche Vorlagen benutzten. Wenn die PatientenInnen den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden sie computergesteuert randomisiert und verborgen mit verschlossenen Kuverts zugeordnet.

21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein.

22. What is the response rate?

Die Rücklaufquote wird im Ergebnisteil geschildert und beträgt 10,4%.

23. Were there refusals, dropouts or deaths?

Die meisten schieden schon vor der Studie aufgrund ihrer Komorbidität aus. Während der Studie fielen 40 TeilnehmerInnen raus.

24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Das Sample ist für die Forschungsfrage passend. Die beiden Gruppen können miteinander verglichen werden.

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?

Im Text wird nichts erwähnt.

26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Ja.

Setting

27. What is the setting for data collection?

Das Setting ist die Erstversorgung in 4 verschiedenen niederländischen Regionen.

28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Das Setting ist passend, um die Forschungsfrage zu beantworten.

Experiment (if applicable)

29. What is the intervention?

Die Interventionen fanden in einem Zeitraum von einem Jahr statt. Interventionsgruppe: 6 spezialisierte Pflegekräfte führten Maßnahmen in der Interventionsgruppe durch. Nachdem der/die AllgemeinmedizinerIn die Diagnose HI stellte, spezifizierte die CN die Diagnose und führte Untersuchungen und Beratungen durch. Miktionstagebücher wurden erstellt, Beratungen über Freizeit- und Toilettengewohnheiten wurden durchgeführt, Beckenbodentraining veranlasst und wenn passend, die Beratung von der Anwendung von Vorlagen gegeben. Insgesamt wurden den TeilnehmernInnen sieben Besuche abgestattet. Über das genaue Training und die Interventionen der spezialisierten Pflegekraft wurde in die Referenzliste verwiesen.

In der Kontrollgruppe kamen die TeilnehmerInnen zu einem/einer AllgemeinmedizinerIn, welche dazu angehalten wurden, ihre Behandlung wie üblich

durchzuführen. Wann bzw. wie die Befragungen in der Kontrollgruppe stattgefunden haben wird nicht erwähnt. Die Interventionen im Artikel sind ungenügend beschrieben.

30. Is the intervention described in sufficient detail?

Die Interventionen in der Interventionsgruppe werden durchschnittlich beschrieben, aber es wird für eine detailliertere Erklärung auf die Referenzliste hingewiesen. Der genaue Vorgang in der Interventionsgruppe ist unklar- wann bzw. wie wurden die Daten hier für den Vergleich mit der Interventionsgruppe erhoben?

31. Do the participants know whether they received the intervention or not?

Die TeilnehmerInnen wussten, in welche Gruppe sie kommen.

32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?

Es wäre nicht möglich gewesen.

33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?

Es könnte sein, dass der/die AllgemeinmedizinerIn positive Auswirkungen auf seine Kontrollgruppe hat. Leider wird nicht beschrieben, wie die Daten hier zum Vergleichen der Daten in der Interventionsgruppe erhoben worden sind und wie oft die TeilnehmerInnen zu Besuch bei dem/der AllgemeinmedizinerIn waren. Dem weiteren könnte es durchaus sein, dass je nachdem wie lang PatientenInnen schon bei dem/der AllgemeinmedizinerIn in Behandlung waren, die Ergebnisse verfälscht werden. Ebenso das „Sich Kümmern“ der spezialisierten Pflegekraft könnte die Ergebnisse beeinflussen.

Data collection

34. What is the data collection method?

Die Datensammlung fand mithilfe von Fragebögen per Post statt. Mit dem ICIQ-UI SF wurde die Schwere der Häufigkeit, Menge und die Auswirkung der HI auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen.

Der ICF wurde dafür verwendet, um den Lebenshintergrund der Betroffenen zu berücksichtigen. Eventuell die Ergebnisse beeinflussenden Faktoren wie Alter, BMI, Depression, etc. wurden von Anfang an überprüft. Für den generellen Gesundheitszustand wurde der EQ-5D von den TeilnehmernInnen ausgefüllt.

35. Is the data collection method reliable and valid?

Es werden keine psychometrischen Eigenschaften angegeben, jedoch wird auf verschiedene Referenzen hingewiesen.

36. Is the data collection method appropriate for the research design?

Die Datensammlung ist für das Forschungsdesign passend.

37. Does the data collection method bias the results?

Ja, ist möglich, dass die Teilnehmerinnen die Fragebögen nicht wahrheitsgemäß ausgefüllt haben.

Data analysis

38. What statistical methods are used to analyze the data?

Die Datenanalyse fand mithilfe der Intention-to-Treat Analyse statt. Es wurde auch das SPSS verwendet.

39. What is the level of significance?

Ein P-Wert von weniger als 0,05% wurde angenommen, signifikante Ergebnisse zu liefern.

40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Die Methode für die Datenanalyse ist für die Forschungsfrage passend.

Results

41. What are the main findings?

Beide Gruppen profitierten nach 3 und 12 Monaten im ICIQ Summenbetrag. Die Interventionsgruppe verbesserte sich signifikant im Vergleich zu der gewöhnlichen Behandlung in Schwere der HI, Häufigkeit, Volumen und Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 3 Monaten. Es wurde kein Einfluss des ICIQ in Bezug auf die allgemeine Gesundheit gefunden, außer, dass TeilnehmerInnen mit Depressionen, weniger Verbesserungen nach einem Jahr zeigten.

42. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Die Aufgliederung erfolgt übersichtlich. Es werden wenige Ergebnisse im Ergebnisteil beschrieben. Die meisten Ergebnisse werden in Tabellen dargestellt.

43. Are the tables and figures easy to understand?

Die Figuren und Tabellen waren zum Großteil übersichtlich gestaltet.

44. Do the results answer the research questions (purpose)?

Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage.

45. Are the results present in an objective way?

Die Resultate können als objektiv bewertet werden.

Discussion

46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Der Autor gibt noch einmal eine Zusammenfassung über die Hauptergebnisse. Stärken und Limitationen der Studie werden aufgezeigt, Ergebnisse werden mit schon vorhandener Literatur verglichen und es werden Empfehlungen für weitere Forschung und die Pflegepraxis gegeben.

47. Does the author compare his main findings with results from literature?

Der Autor vergleicht die Ergebnisse mit anderer Literatur. Aufgrund von noch wenigen Forschungsergebnissen in diesem Bereich, standen nicht wirklich viele Vergleiche mit den Ergebnissen zur Auswahl.

48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Es werden zu wenig Angaben bezüglich der möglichen Umsetzung gemacht.

49. Does author give implications for nursing practice?

Ja, aber sie sind nicht so klar definiert.

50. Does author give implications for further nursing research?

Der Autor gibt Empfehlungen für weitere Forschung. Die Kosteneffizienz der Implementierung sollte noch erforscht werden. Ansonsten weitere Forschung bezüglich diesem Thema.

51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Der Autor gibt an, dass die Ergebnisse nur für PatientenInnen mit einer ausgeprägten HI valide sind, welche eine aktive Rolle im Behandlungsprozess spielen können.

Des Weiteren wird erwähnt, dass durch die positiven Ergebnisse in der Kontrollgruppe, die AllgemeinmedizinerInnen ihre übliche Behandlungsrichtlinie geändert haben könnten, weil sie überwacht wurden. Meiner Meinung nach könnte es sein, dass sich auch die ArztIn- PatientenIn- Beziehung und die Pflege-PatientenInnen Beziehung auf die Ergebnisse ausgewirkt haben können. Der Autor erwähnt, dass ein Lerneffekt bei dem/der AllgemeinmedizinerIn unwahrscheinlich aufgrund der wenigen PatientenInnen pro ÄrztIn unwahrscheinlich ist.

52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das Forschungsdesign hat versichert, dass die Interventionen so nah wie jenen aus der Praxis kamen, was die Implementation erleichtern wird. Ich selbst finde ebenso das Design sehr vorteilhaft. Auch wenn keine Verblindung möglich war, zeigt es eine hohe Evidenz.

Reference list

53. Is there a consistent reference style?

Der Zitierstil ist konsistent.

Using research results

54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja, denn sie haben vor allem, wenn man die Ergebnisse nicht untereinander in den beiden Gruppen vergleicht eine höhere statistische Signifikanz. Des Weiteren zeigt sich die hohe Qualität einer spezialisierten Pflegefachkraft, welche in ihrem Bereich individuell Maßnahmen koordiniert.

55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Die Vorteile wären direkt für die Praxis. Es würden vor allem nach kurzer Zeit positive Ergebnisse resultieren.

„Cost-Effectiveness of Involving Nurse Specialists for Adult Patients With Urinary Incontinence in Primary Care Compared to Care-as-Usual: An Economic Evaluation Alongside a Pragmatic Randomized Controlled Trial”

Albers-Heitner C.P., Joore M. A., Winkens R. A. G., Lagro-Janssen A. L. M., Severens J. L., Berghmans L. C. M. 2012

Quantitative studies

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)

Der Titel enthält die Population (Adult Patients with Urinary Incontinence), das Setting (Primary Care), das Design (pragmatic RCT) und die Variablen (Cost-effectiveness, Involving Nurse Specialist).

2. Does the title reflect the content of the whole text?

Ja er reflektiert den Inhalt wieder.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

Das Forschungsziel, die Methoden und der Zeitpunkt der Datenerhebung sind angegeben. Auch die Hauptergebnisse und die Messinstrumente sind angegeben.

Die Keywords sind vorhanden und auch die Datensammlung wird angeschnitten.

Eine kurze Empfehlung für die Forschung wird gegeben.

Der Background ist nicht angegeben.

4. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Der Abstract kann nicht ohne den Text zu lesen vollständig verstanden werden.

5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Es sind keine Unterschiede zwischen Abstract und Text.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

Der Aufbau der Einleitung ist von Allgemein zu Spezifisch.

Hintergrundinformationen und wenige Forschungsergebnisse werden gegeben. Es fehlen die Definitionen der wichtigsten Keywords. Das Forschungsziel ist formuliert. Die Forschungslücke wird nicht genau beschrieben.

7. What is the research problem?

Das Forschungsproblem ist, dass es wenig Informationen darüber gibt, ob das Miteinbeziehen einer CN in die Versorgung von PatientInnen mit HI in der Erstversorgung im Vergleich zu der „normalen“ Versorgung durch den/der AllgemeinmedizinerIn kosteneffizienter ist.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Der Literaturüberblick in der Einleitung ist wenig aber besteht aus aktueller Literatur.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Zirka ein Drittel der Literatur ist älter als 10 Jahre.

10. Are there definitions mentioned?

Es werden keine Definitionen beschrieben.

11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?

Die abhängige Variable ist die Kosteneffizienz für Erwachsene mit HI in der Erstversorgung. Die unabhängige Variable ist das Miteinbeziehen einer CN und die „normale“ Versorgung.

12. What is the research gap?

Die Forschungslücke wird nicht direkt genannt. Es wird erwähnt, dass es nur wenig Informationen über die Kosteneffizienz bei Miteinbeziehen einer CN in die Erstbehandlung von Erwachsenen mit HI im Vergleich zu der „normalen“ Behandlung gibt.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Der Grund dieser Studie ist es, zu zeigen, ob das Einbeziehen einer CN in die Erstversorgung von Erwachsenen mit HI im Vergleich zur „normalen“ Versorgung kosteneffizient ist. Die Frage wird nicht explizit erwähnt.

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?

Das Studiendesign, die Interventionen, Setting, Datensammlung mit den Messinstrumenten, Datenanalyse, Ethik und Setting und kurze Erwähnung des Samples, jedoch keine genaueren Angaben. Auch die Samplegröße wird erst in den Resultaten genannt.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Der Methodenteil ist für die Studie recht strukturiert beschrieben, jedoch das Sample wird nicht genau beschrieben. Auch bei den Fragebögen ist es schwer herauszufinden, wie die exakte Herangehensweise abgelaufen ist. Hier wäre eine strukturiertere Vorgehensweise übersichtlicher gewesen.

Design

16. What is the research approach?

Der Forschungsansatz ist quantitativ.

17. What is the research design?

Das Forschungsdesign ist eine randomisierte kontrollierte Studie.

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, das Design ist für die Frage passend gewählt.

Sample

19. What is the sample?

384 Erwachsene Personen (93% Frauen, Durchschnittsalter 65 Jahre) mit HI (Drang, -Stress und Mischinkontinenz), davon 186 in der Interventionsgruppe und 198 in der Kontrollgruppe. Es wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien genannt.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Durch zweckgerichtetes Sampling wurden die TeilnehmerInnen mit HI von den AllgemeinmedizinerInnen ausgewählt. Danach wurde eine computergesteuerte Randomisierung durchgeführt und die Zuordnung in Kuverts verschlossen.

21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein.

22. What is the response rate?

Es werden keine genauen Angaben gemacht.

23. Were there refusals, dropouts or deaths?

14 TeilnehmerInnen bekamen aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes und 15 TeilnehmerInnen aufgrund zu hoher Belastung bzw. ohne Begründung weniger Besuche.

24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja.

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?

Von allen Medizinzentren, welche an der Studie beteiligt waren, wurde ein positives Ethikvotum eingeholt.

26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Es wurde eine schriftliche informierte Zustimmung der TeilnehmerInnen eingeholt.

Setting

27. What is the setting for data collection?

Das Setting war die Erstversorgung in vier niederländischen Regionen.

28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Das Setting ist passend.

Experiment (if applicable)

29. What is the intervention?

Interventionsgruppe: Sechs CN, welche eine bestimmte Ausbildung und einer Kompetenzprüfung absolvierten, boten den TeilnehmernInnen Interventionen wie ein Miktionstagebuch durchzuführen und berieten sie in Freizeit- und

Toilettengewohnheiten und Blasen- und Beckenbodentraining und passenden Vorlagen. Die Behandlung fand über einen Zeitraum von einem Jahr statt, wobei fünf Besuche in den ersten 3 Monaten und die restlichen 2 nach 6 und 12 Monaten stattfanden. Kontrollgruppe: Die AllgemeinmedizinerInnen wurden angehalten, die Behandlung wie üblich durchzuführen.

30. Is the intervention described in sufficient detail?

Die Interventionen der CN in der Interventionsgruppe sind im Detail beschrieben. Es wäre interessant zu wissen gewesen, ob jedes Mal dieselbe CN zum/zur gleichen TeilnehmerIn kam.

31. Do the participants know whether they received the intervention or not?

Die TeilnehmerInnen wussten, dass sie in der Kontroll- oder Interventionsgruppe sind.

32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?

Nein.

33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?

Durch die CN wird vermutlich über den Zeitraum eine Beziehung zu den TeilnehmernInnen aufgebaut, was eventuell auf die Ergebnisse einen Einfluss haben kann. Dem Weitern wäre es bezüglich der Sympathie interessant, ob immer dieselbe CN den/dieselben TeilnehmerIn besucht.

Data collection

34. What is the data collection method?

Die Datensammlung fand über ein Jahr statt. Die TeilnehmerInnen bekamen per Post Fragebögen über die Lebensqualität. Der Fragebogen beinhalteten Fragen über den generellen Gesundheitszustand und die VAS, um den schlechtesten und besten vorstellbaren Gesundheitszustand zu beurteilen. Mit dem Fragebogen wurden die gesellschaftlichen Bedürfnisse berechnet, um die Lebensqualitätsbelastung zu berechnen. Die Lebensqualitätsbelastung der Patienten wurde mithilfe der VAS berechnet. Der ISLY wurde verwendet, um die Schwere der Menge und der Häufigkeit der HI zu berechnen. Die gesellschaftlichen Kosten kamen alle auf ein Konto, egal wer die Kosten bezahlte. Der Ressourcenverbrauch in der Gesundheitsversorgung, TeilnehmerInnen- und Familienkosten und Leistungskosten wurden durch dreimonatige Fragebögen erhoben. Der PRODISO

Fragebogen wurde dafür verwendet, um das Fehlen von bezahlter und unbezahlter Arbeit zu messen. Schattenpreise wurden für den Haushalt oder andere unbezahlte Aktivitäten verwendet.

35. Is the data collection method reliable and valid?

Die Validität wird nur bei ISLY angegeben. Ansonsten wurde auf die Referenzen hingewiesen.

36. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja.

37. Does the data collection method bias the results?

Eventuell könnten die TeilnehmerInnen die Fragen über die Kosten aus dem dreimonatigen Fragebogen nicht wahrheitsgemäß angeben.

Data analysis

38. What statistical methods are used to analyze the data?

Die Analyse fand über ein Jahr mit der Intention-To-Treat Analyse statt.

Für das Ausmaß, die Identifizierung und die Auswertung der Kosten war das niederländische „Health Care Insurance Board’s manual for cost research“ zuständig. Die gesamten gesellschaftlichen Kosten wurden berechnet indem man die Kosten des Gesundheitswesens, die TeilnehmerInnen- und Familienkosten und die Leistungskosten addierte.

39. What is the level of significance?

Es werden keine Angaben gemacht.

40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Die Methode ist passend für die Forschungsfrage.

Results

41. What are the main findings?

Die durchschnittlichen Kosten für das Gesundheitswesen betragen in der Interventionsgruppe 618€ und in der Kontrollgruppe 398€. Die meisten Kosten verursachten Inkontinenzvorlagen und die Interventionen, wobei der Unterschied der beiden Gruppen hauptsächlich in den Kosten der Interventionen (im Durchschnitt 195€) der spezialisierten Pflegekraft lagen. Die gesamten gesellschaftlichen Kosten, also die Kosten des Gesundheitswesens und die persönlichen Kosten umfassten in der Interventionsgruppe 677€ und in der Kontrollgruppe 453€.

Der gesellschaftliche Nutzen gewann an €16.742 pro QALY societal in der Interventionsgruppe. Der Nutzen für das Gesundheitswesenssystem war mit €16.396 pro QALY societal etwas weniger. Der Nutzen für die PatientInnen gewann pro QALY patient an 11,368€ gesellschaftlichen Kosten und 11,134€ Kosten des Gesundheitswesens. Mit einer Obergrenze von 40.000€ pro QALY societal in den Niederlanden, ist mit einer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Interventionsgruppe zu 58% basierend auf QALY societal, also für die Gesellschaft, kosteneffizient ist. Mit demselben Schwellwert darf angenommen werden, dass der Nutzen für den PatientenIn mit einer Wahrscheinlichkeit von 77% kosteneffizient ist. Im Hinblick auf das Ausmaß der HI auf ein Jahr gerechnet (ISLY), wurden pro ISLY in Hinblick auf die gesellschaftlichen Kosten 11,536€ und die Kosten des Gesundheitswesens 11,297 € gewonnen. Des Weiteren wären die Kosten geringer, wenn anstatt einer spezialisierten Pflegekraft eine normale Krankenschwester die Interventionen durchführen würde.

42. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Die Ergebnisse sind schwer zu verstehen.

43. Are the tables and figures easy to understand?

Die Abbildungen sind nicht leicht zu verstehen.

44. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja.

45. Are the results present in an objective way?

Die Ergebnisse werden objektiv präsentiert.

Discussion

46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Limitationen, Stärken und Schwächen, Vergleiche können keine gemacht werden, da es keine vergleichbaren Studien gibt.

47. Does the author compare his main findings with results from literature?

Die Ergebnisse sind nicht mit anderen Studien vergleichbar.

48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Es wäre übersichtlicher die Hauptergebnisse besser zu gliedern.

49. Does author give implications for nursing practice?

Nein, er empfiehlt nur die Implementierung.

50. Does author give implications for further nursing research?

Ja, es soll mehr Forschung über dieses Thema durchgeführt werden.

51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Der Autor erwähnt, dass die Zeit zu kurz war, um alle Vorteile zu erfassen.

Von meiner Perspektive aus, sollten die Studie auch für Laien verständlicher aufgebaut werden.

52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Der Autor erwähnt, dass diese Studienmethoden dazu dienen können, eine gute Kosten-Nutzen Aufstellung aufzuzeigen. Meiner Meinung nach ist das Studiendesign eines der Stärken der Studie.

Reference list

53. Is there a consistent reference style?

Der Zitierstil ist einheitlich.

Using research results

54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja, denn sie zeigen die Kosteneffizienz sowohl für die PatientInnen als auch für das Gesundheitswesen. Es wäre eine spannende Herausforderung die Erstversorgung von Betroffenen mit Harninkontinenz umzustellen.

55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Einerseits zeigen sich direkte Vorteile für die Praxis, denn die Studie zeigt, wie gut spezialisierte Pflegepersonen die Versorgung von inkontinenten PatientInnen koordinieren kann. Indirekte Vorteile für die Praxis resultieren auf jeden Fall aus der Kosteneinsparung.

