

Kommunikation trotz Beatmung oder Trachealkanüle? Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation (UK)

Ausgangssituation

Eine Beatmung stellt für Patienten und ihre Angehörigen eine ungewohnte Situation dar und ist häufig mit Ängsten und Stress verbunden. Die Beatmungstherapie ist Folge eines akuten Geschehens, eines geplanten Eingriffs oder Folge einer chronischen Erkrankung. Auch die Trachealkanüle stellt einen Eingriff in die Lebenssituation dar und stellt Betroffene und das Umfeld vor Herausforderungen. Erfahrungen während dieser Zeit können für die Patienten und die Angehörigen traumatisch sein. Gefühle wie Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein begleiten diese Situation häufig. Die zahlreichen Geräte und Geräusche, die körperliche Gebrechlichkeit und die medizinische Situation stellen eine Ausnahmesituation dar. Hinzu kommt, dass Beatmung / Trachealkanüle oft die Kommunikationsfähigkeit behindert.

Betrachtet man den Ist-Zustand in Deutschland, stellt man fest, dass ein Assessment der Kommunikationsmöglichkeiten noch nicht zum festen Bestandteil des Teams rund um Patienten mit Beatmung / Trachealkanüle gehören. Auch eine logopädische Begleitung gehört noch nicht zum Standard auf Intensiv- und Weaningstationen. Falls es eine logopädische Betreuung gibt, liegt der Fokus häufig auf der Behandlung von Schluckstörungen. Die Ressourcen und Möglichkeiten in Bezug auf die Unterstützung im Bereich „Unterstützte Kommunikation“ wurden noch nicht erkannt bzw. umgesetzt. So finden sich kaum deutsche Publikationen zum Thema. Spezielle Fortbildungen oder Ausbildungsmodulare für Pflegepersonal und Ärzteschaft scheint es nicht zu geben. Auch in der logopädischen Ausbildung oder im Studium ist das Thema „Unterstützte Kommunikation“ und insbesondere der Schwerpunkt Klinik nicht bzw. nur wenig präsent.

ICF

Um Isolation und andere Folgen zu verhindern, muss so früh wie möglich nach Alternativen gesucht werden, die eine Kommunikation wieder ermöglichen. Es gibt einige Strategien, die zur Verbesserung der Kommunikation beitragen können, z.B. eine Überartikulation der Betroffenen, so dass das Lippenlesen dem Gegenüber erleichtert wird. Auch ein Sprechventil kann eine Möglichkeit darstellen, dass der Betroffene wieder sprechen kann. Häufig werden Gesten eingesetzt, um basale Bedürfnisse auszudrücken und Codes für z.B. „ja“ und „nein“ werden etabliert. Und doch gibt es immer wieder Begebenheiten, die dazu führen, dass kein Sprechventil eingesetzt werden kann oder durch das Lippenlesen Inhalte nicht wie gewollt vermittelt werden. Die Betroffenen haben das Bedürfnis, Fragen zu stellen, sich komplexer zu unterhalten oder Wünsche zu äußern.

Bei einer Befragung von Studierenden und älteren Personen gaben beide Gruppen als wichtigste Aktivitäten des täglichen Lebens während einer Krankheit die Interaktion mit Familie und Freunden sowie die Erhaltung der persönlichen Autonomie an (Ditto et al. 1996). Dies entspricht der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), welche die Aktivität und Teilhabe als höchstes Gut sieht. Verbesserungen in Funktion und Struktur sollen dazu dienen, die Ausführung von Aktivitäten und die Teilhabe am täglichen Leben zu ermöglichen. Deshalb gilt es, bei der Zielformulierung die Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe im Blick zu haben.

Unter Körperfunktion werden die physiologischen Funktionen von Körpersystemen zusammengefasst (z.B. Kopfschütteln für „ja“). Im Bereich Körperstruktur werden anatomische Teile des Körpers und ihre Bestandteile beschrieben (z.B. Struktur des Kehlkopfes). Die Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person (z.B. Schmerzen ausdrücken können). Unter Teilhabe wird das Einbezogen sein in eine Lebenssituation verstanden (z.B. an Gesprächen teilnehmen).

Kommunikationsfähigkeit

In einer Studie von Patek et al. (2004) wird berichtet, dass 88% der Patienten ihre Kommunikation während der Intubation als frustrierend bezeichneten. 86% der Patienten waren der Meinung, dass eine Kommunikationstafel ihre Frustration verringert hätte. Das lässt die Mutmaßung zu, dass es Patienten mit Trachealkanüle nicht viel anders geht. Obwohl einige Möglichkeiten in der Umsetzung einfach erscheinen (Schreibtafel, Ja-Nein-Code, Gesten, Buchstabentafel ...), werden sie nur selten erfolgreich eingesetzt.

Die Ursachen für den fehlenden bzw. erfolglosen Gebrauch sind gemäß Happ et al. (2003) vielfältig:

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes
- wechselnde kognitive und physische Zustände der Patientinnen und Patienten
- ungünstige Positionierung
- eingeschränkte Belastbarkeit
- wechselnde Kommunikationspartner
- Personalmangel
- mangelndes Wissen
- fehlender Zugang zu Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation

Auf der Seite der Angehörigen kommen Gründe wie Unkenntnis, Betroffenheit durch die Erkrankung und Angst, etwas falsch zu machen bzw. die Sicherheit zu gefährden, und Frustration zum Tragen. Ohne Instruktionen und Ermutigung seitens des Personals, wie die Kommunikationshilfsmittel einsetzbar sind, fällt es Angehörigen oft schwer, in eine Kommunikationssituation zu gelangen (vgl. Broyles et al. 2012).

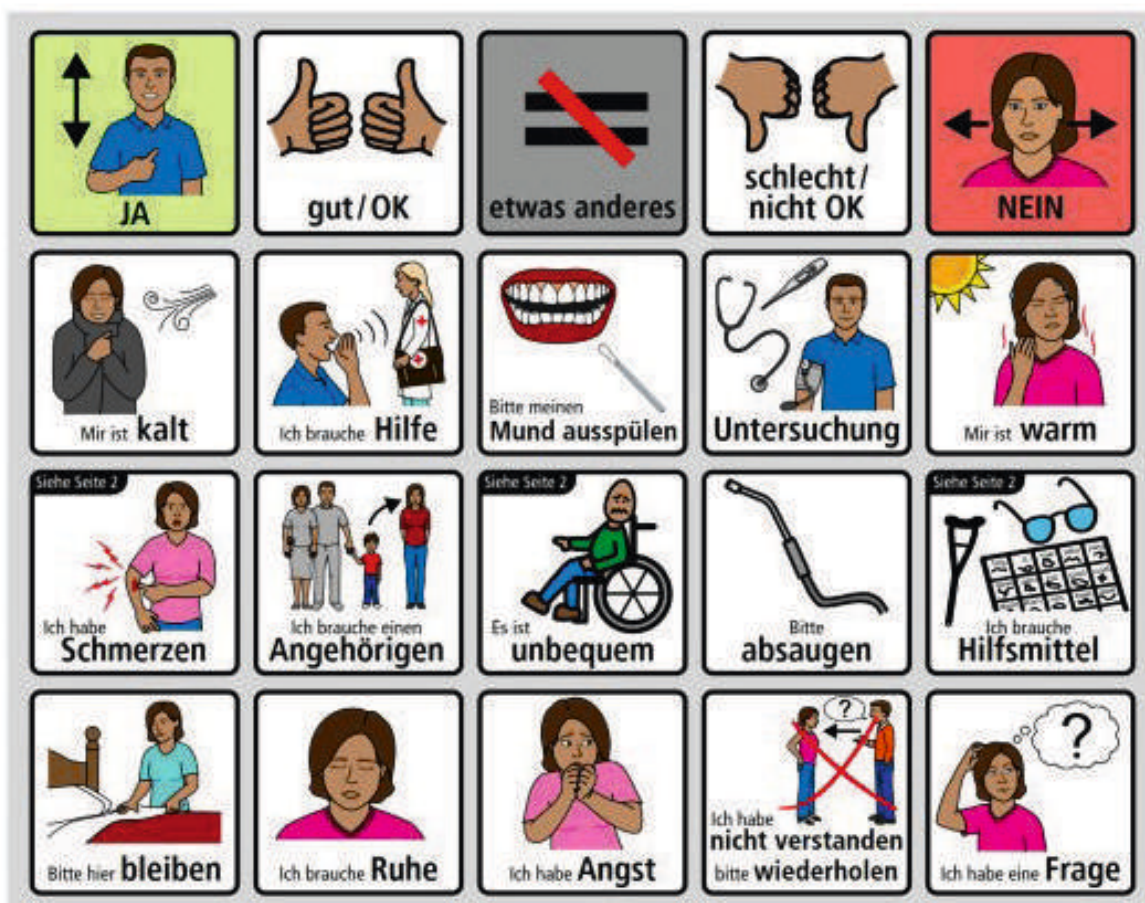
Die „Unterstützte Kommunikation“ stellt eine Option zur Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten dar. Setzt man sich mit dem Begriff „AAC – Augmentative and Alternative Communication“ auseinander, ergibt sich in der Übersetzung „ergänzende und ersetzende Kommu-

nikation“ (vgl. Braun 2003). Für Patienten und Patientinnen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache stehen zahlreiche Möglichkeiten zur „Unterstützten Kommunikation“ bereit. Diese kommen v.a. bei denjenigen zum Einsatz, welche längerfristig oder dauerhaft ohne Lautsprache sind. Ein Einsatz scheint auch bei „akuter“ oder „temporärer“ Sprachlosigkeit sinnvoll.

Bevor man Patienten in ihrer Kommunikation stärken und unterstützen kann, gilt es zunächst, bei allen Beteiligten das Bewusstsein für möglicherweise auftretende kommunikative Einschränkungen im Alltag zu fördern und die Wichtigkeit der Förderung der kommunikativen Fähigkeiten als Beitrag zur Lebensqualität und Genesung zu sehen. Eine Evaluation der Kommunikationsfähigkeiten sollte bei beatmeten / tracheotomierten Personen zur Standarddiagnostik gehören. Das Ziel ist, geeignete Kommunikationsmöglichkeiten zu erfassen, die zur Verfügung gestellt werden können.

Vorgehen:

- Erfassen von motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Ressourcen
- Auswahl und zur Verfügung stellen von Methoden und Materialien
- Transparente und nachvollziehbare Dokumentation der Ergebnisse
- Instruktion des Umfeldes



Tafel für Nutzung in der Klinik, REHAVISTA

Mögliche Kommunikationsanlässe

Besonders wichtig ist es, Informationen über die Art und Weise der Kommunikationsmöglichkeiten der Patienten und die Unterstützung in einem „Kommunikationspass“ zusammenzufassen und allen beteiligten auf den ersten Blick bzw. im Kontakt mit dem Patienten zugänglich zu machen.

Mit dem Patienten gemeinsam wird evaluiert, welche Anlässe bzw. Themen für ihn wichtig sind und wie die Art der Unterstützung aussieht.

A	B	C	D	Ich möchte	Ich möchte nicht	Danke
E	F	G	H	Bitte	mehr	Hilfe
I	J	K	L	M	N	Ja
O	P	Q	R	S	T	Nein
U	V	W	X	Y	Z	leer
Fehler	Wort-ende	?	!	.	Ergänze den Rest	

Mögliche Kommunikationsbegebenheiten können sein:

- Um Hilfe rufen, Aufmerksamkeit erregen (Adaption des „Notrufs / Schwesternrufs“)
- Medizinisch relevante Informationen geben bzw. erhalten (z.B. Schmerzen, weiteres Vorgehen)
- Emotionale Bedürfnisse benennen
- Kontrolle erhalten (z.B. ja, nein, weiß nicht, was anderes, stopp)
- Anweisungen geben bzw. um Unterstützung bitten (z.B. Lippen befeuchten, absaugen)
- Fragen stellen
- Persönlichkeit ausdrücken, soziale Interaktion
- Wohlbefinden herstellen
- Umfeld steuern (z.B. Musik, Fernseher)

Häufig müssen mehrere Möglichkeiten zur Kommunikation nebeneinander etabliert werden, da sie von den individuellen Fähigkeiten der Betroffenen abhängig sind, die oft Tagesschwankungen unterliegen. Ein flexibler Wechsel zwischen den Strategien, abhängig davon, was die Betroffenen am effektivsten zum Ziel bringt, muss geübt werden.

Zusammenfassend hier die Strategien zum Ermöglichen von Kommunikation bei Beatmung/ Tracheotomie:

- Sprechventil
- Lippenlesen/Überartikulation

- Schreiftafel
- Gesten, Zeichen- z.B. für Ja/Nein, wichtige Begebenheiten
- Sprechzeichen
- Kommunikationstafeln (Buchstaben, Wörter, Symbole, Fotos)
- Elektronische Kommunikationsgeräte mit Kommunikationsstrategien
- Adaptierter Schwesternruf
- Umfeldsteuerung

Schlussfolgerung

Der Zugang zu alternativen Kommunikationsmöglichkeiten bei beatmeten / tracheotomierten Patienten mit Kommunikationseinschränkungen muss verstärkt und ausgebaut werden. Das Erlernen von alternativen Kommunikationsstrategien unter Zuhilfenahme von low-tech- und/ oder high-tech-Lösungen ist sinnvoll. Insbesondere das Pflegepersonal als erster und engster Kontakt der Patienten muss geschult und instruiert werden. Hier liegt das Augenmerk auf einem niedrigschwelligen Zugang zu Methoden der „Unterstützten Kommunikation“. Als zweiter Schritt muss ein therapeutisches Assessment folgen, welches den Ausbau und gegebenenfalls die Ausweitung in Richtung Kommunikationsmöglichkeiten zum Ziel hat. Hier können elektronische Kommunikationshilfen mit einer Schriftsprachstrategie und Sprachausgabe oder, bei Bedarf, eine symbolunterstützte Kommunikationsstrategie dazu führen, dass dem Patienten ein umfangreiches Vokabular zur Verfügung gestellt wer-













den kann. Dieses kann an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst und ggf. erweitert werden.

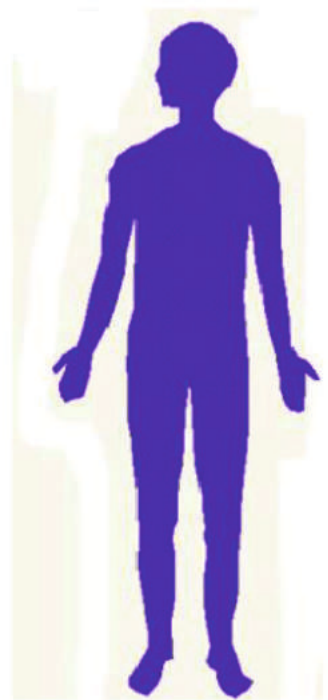
Sabrina Beer

Logopädin, MSc. Neurorehabilitation, Krankenschwester, LogBUK GmbH, Praxis für Logopädie und Ergotherapie, Beratungsstelle mit Schwerpunkt Unterstützte Kommunikation, Rosenheim

Download von diversen Materialien unter: www.logbuk.de/materialien

Ich habe Schmerzen 	stark	mittel	leicht
brennend 	stechend 	pochend 	
brauche Medikamente 	Mir ist übel 	mir ist schwindelig 	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									
									
									



Tafel für die Abfrage von Schmerzen



Literatur:

Alasad, J., Ahmad, M. Communication with critically ill patients. In: Journal of Advanced Nursing, 2005, 50 (4), S. 356-362357.

Bartlett, G. R.; Blais, R.; Tamblyn, R.: Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in the acute care settings, in: Canadian Medical Association Journal 178, 2008, 1555-1562

Broyles, L. M.; Tate, J. A.; Happ, M. B.: Use of Augmentative and Alternative Communication Strategies by Family Members in the Intensive Care Unit, in: American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 21, 2/2012, 01.03.2012

Costello, J.M.: Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication, in: Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach 3, 2010, 289-301

Dowden, P., Hosinger, M., Beukelman D. Serving nonspeaking patients in acute care settings: An intervention approach. In: Augmentative and Alternative Communication, 2009, 2/1) S. 25-32

Garrett, K. L.; Paull, B. M.; Happ, M. B.: Content of an Instructional AAC Program for ICU Nurses. Paper presented at the 2007 Clinical AAC Research Conference, Lexington, KY, 2007

Happ, M.; Garrett, K.L.; Sereika, S.; George, E.; Donahoe, M.: Improving communication with nonspeaking ICU patients. National Institute of Child Health and Human Development grant 5R01HD043988, 2003-2008

Happ, M.B.; Roesch T.K.; Garrett, K.: Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study, in: Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care, 33, 2004, 92-101

Happ, M.B., Garrett, K., Thomas, D.D., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. Nurse Patient communication interactions in the intensive care unit. In: American Journal of Critical Care, 2011, 20(2). S. e28-40.

Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R. et al. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. In: Heart & Lung, 2014, 43(2), S. 89-98

Ebert, D. A.: Communication disabilities among medical inpatients, in: New England Journal of Medicine, 3, 1998, 339-272

Ditto, P. H.; Druley, J.A.; Moore, K.A.; Danks, J. H.; Smucker, W.D. Fates worse than death: The role of valued life activities in health state evaluations, in: Health Psychology, 15, 1996, 332-343

O'Halloran, R., Hickson L., Worrall, L. Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. In: International Journal of Language & Communication Disorders, 2008, 43(&), S. 601-632632

Patak, L.; Gawlinski, A.; Fung, N. I.; Doering, L.; & Berg, J.: Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation, in: Heart & Lung,, 33, 2004, 308-320

Patek, L.; Gawlinski, A.; Fung, N. I.; Doering, L.; Berg, J.; Henneman, E. A.: Communication boards in critical care: Patients' view, in: Applied Nursing Research, 19, 4/2006, 182-190

Radtke, J.V., Baumann, B.M., Garrett, K.L., Happ, M.B, Listening to the Voiceless Patient: Case Reports in Assisted Communication in the Intensive Care Unit. In: Journal of Palliative Medicine, 2011, 14(6), S.791-795795

Radtke, J.V., Tate, J.A., Happ, M.B, Nurses' perceptions of communication training in the ICU. In: Intensive & Critical Care Nursing, 2012, 28(1), S. 16-2510

REHAVISTA: Klinikset

Shiber, J., Thomas, A., Northcutt, A. Communicating while receiving mechanical ventilation: Texting with a smartphone. In: American Journal of Critical Care, 2016, 25(2), S. e38-e3932