

Sprachlos auf der Intensivstation

Sabrina Beer

In: UK wird erwachsen. Hrsg. von Antener, Blechschmidt, Ling. von Loeper Verlag. 2015.

Ausgangssituation

Ein Aufenthalt auf der Intensiv- oder der Überwachungsstation stellt für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen eine ungewohnte Situation dar und ist häufig mit Ängsten und Stress verbunden. Oft ist die intensivmedizinische Versorgung mit einer Beatmung oder Sedierung verbunden. Eine stationäre Behandlung auf diesen speziellen Stationen ist Folge eines akuten Geschehens oder eines geplanten Eingriffs und meistens von temporärer Dauer.

Jedoch können die Erfahrungen während dieser Zeit für die Patientinnen und Patienten und die Angehörigen traumatisch sein. Gefühle, wie Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein können diese Situation begleiten. Die zahlreichen Geräte und Geräusche, die körperliche Gebrechlichkeit und die komplexe medizinische Situation stellen eine Ausnahmesituation dar. Häufig wird dieser Aufenthalt begleitet von Vigilanz- und Kommunikationsbeeinträchtigungen.

Setzt man sich mit dem Begriff „AAC – Augmentative and Alternative Communication“ auseinander, ergibt sich in der Übersetzung „ergänzende und ersetzende Kommunikation“ (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. Allerdings erscheint auch ein Einsatz bei „akuter“ oder „temporärer“ Sprachlosigkeit sinnvoll.

Betrachtet man die Rolle der Sprachtherapie auf den Intensivstationen in Deutschland, muss man feststellen, dass Logopäden und Logopädinnen noch nicht zum festen Bestandteil des Teams einer Intensivstation gehören. Falls es eine logopädische Betreuung gibt, liegt der Fokus häufig in 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 auch kaum deutsche Publikationen zum Thema. Auch spezielle Fortbildungen oder Ausbildungsmodulare für Pflegepersonal und Ärzteschaft scheint es nicht zu geben. Aber auch in der logopädischen Ausbildung oder im Studium ist das Thema Unterstützte Kommunikation und speziell Kommunikation mit Intensivpatienten nicht präsent.

Interaktion und Autonomie

In einer Studie von Ditto et al. (1996), bei der Studierende (18 – 41 Jahre) und auch ältere Personen (65 – 95 Jahre) befragt wurden, 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.

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).

Kommunikative Verwundbarkeit

Es liegt nahe, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch ihre Angehörigen einen großen Bedarf an Kommunikation, wie z.B. für Fragen oder Gespräche, haben. Dabei scheint es eine große Gruppe von Personen sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter zu geben, die eine „communication vulnerability“ (Costello 2010) aufweisen. Dies bedeutet, dass sie im Bereich der Kommunikation besonders verletzlich bzw. verwundbar sind. Costello zählt dazu Personengruppen mit

- sprachlichen Einschränkungen aufgrund vorbestehender Hör-, Sprach- und kognitiven Einschränkungen mit oder ohne UK-Unterstützung;
- aktuell erworbenen Einschränkungen der Kommunikation als Resultat der fortschreitenden Erkrankung, eines Unfalls, eines Ereignisses, oder Palliativpatienten;
- temporären Einschränkungen in der Kommunikation, die auf eine medizinische Behandlung zurückgehen (Beatmung, Sedierung);
- sprachlichen Einschränkungen, z.B. aufgrund kultureller Unterschiede, unterschieden Sprachniveaus, reduzierten medizinischen Sprachkenntnissen oder Les-/Rechtschreibschwierigkeiten.

Dabei können Kommunikationsbarrieren zwischen Patientin und Angehörigen, Patient und Ärztin, Patient und Pflege, Patientin und anderen medizinischen Berufsgruppen auftreten. Je nach zugrunde liegender Störung kommt es zu Schwierigkeiten im Sprechen oder im Verstehen von Sprache.

Ebert (1998) beschreibt in einer Studie, dass 15,9% der Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus Einschränkungen in der Kommunikation haben. Aus dieser Gruppe haben 25,8% Hör- und Sehbeeinträchtigungen, 17,6% Sprach- und Sprech Einschränkungen und 56,6% Einschränkungen des mentalen Status.

Der Einsatz von UK auf der Intensivstation

Auf Intensivstationen aber auch andernorts in Krankenhäusern finden sich bereits Materialien aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation: Kommunikationstafeln mit basalem Vokabular, Etablierung von individuellen Ja-/Nein-Codes, Lippenlesen, Gesten, Alphabet-Tafeln, Stift und Papier, Ja-/Nein-Fragen. Der Einsatz erscheint jedoch sporadisch und wenig angepasst auf den jeweiligen Patientinnen und Patienten. So wurde in einer Studie von Patek et al. (2004) 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.

Obwohl einige der im vorherigen Absatz aufgezählten Möglichkeiten einfach in der Umsetzung erscheinen, werden sie nur selten erfolgreich eingesetzt. Die Ursachen für den fehlenden bzw. erfolglosen Gebrauch sind gemäß Happ et al. (2003) vielfältig:

- wechselnde kognitive und physische Zustände der Patientinnen und Patienten
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes,
- 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 Krankenhauspersonals, wie die Kommunikationshilfsmittel einsetzbar sind, fällt es Angehörigen oft schwer in eine Kommunikationssituation zu gelangen (vgl. Broyles et al. 2012).

Welche Kommunikationsanlässe bieten sich nun aber auf der Intensivstation und welche Aktivitäten sollen ermöglicht werden? In Bezug auf mögliche Interventionen sollten nach Costello (2000) folgende kommunikativen Bedürfnisse beachtet werden:

- medizinisch relevante Informationen zu geben (Schmerzen, Allergien),
- emotionale Bedürfnisse zu benennen und soziale Interaktion herzustellen,
- Kontrolle zu erhalten (Stopp, Nein, Ja, Weiß nicht),
- Persönlichkeit auszudrücken,
- einfache Anweisungen zu geben (z.B. Bett verstellen, Lippen befeuchten),
- Hilfe zu rufen, um Unterstützung zu bitten, Aufmerksamkeit zu erregen (Schwesternruf)
- medizinische Informationen zu verstehen.

Dabei sind die Interventionen nicht für alle Patienten gleich. Der Kontext spielt eine wesentliche Rolle: Handelt es sich um ein Kind oder einen Erwachsenen? Wie ist der kognitive Stand? Ist es eine planbare Behandlung oder eine Akutversorgung? Handelt es sich um eine palliative Begleitung? Wie ist der Entwicklungsstand? Wie sind die motorischen Fähigkeiten etc..

Der Unterstützten Kommunikation kommt neben der Kommunikations- und Selbstständigkeitsförderung auch ein diagnostischer Charakter zu. Häufig können im Aufwachprozess die Augen genutzt werden, um eine gezielte Förderung durchzuführen oder Veränderungen zu dokumentieren. Aber auch zur Diagnoseabgrenzung können Beobachtungen und Tools eingesetzt werden (z.B. ein GazeViewer: Blickverläufe und Blickfixationen werden mithilfe von Hitzekarten und Blickverlaufspfaden dargestellt,

es sind auch Verlaufsbeobachtungen möglich). Folgende Überlegungen können dabei im Fokus stehen:

- Werden Reize registriert?
- Können visuelle Reize fixiert werden?
- Können visuelle Reize verfolgt werden?
- Welche Bereiche werden visuell erkundet?
- Kann der Erkundungsradius ausgeweitet werden?
- Kann der Blick auf Aufforderung auf bestimmte Punkte gelenkt werden?
- Werden Gegenstände / Personen erkannt?
- Ist ein Sprachverständnis vorhanden?

Unterschiedliche Schwerpunkte und Zielsetzungen

Je nach Verfassung und Krankheitsverlauf ergeben sich unterschiedliche Schwerpunkte und Zielsetzungen. Costello (2010) unterteilt in drei Phasen:

Phase 1: Regenerierung von der Narkose

Primär wichtig sind folgende Kommunikationsfunktionen:

- ja, nein, ich weiß nicht (z.B. Blicktafel)
- den Schwesternruf zu betätigen
- Aufmerksamkeit der Angehörigen oder des Personals zu erregen

Phase 2: Zunehmende Bewusstheit / Wachheit

Funktionen der Phase 1 werden ergänzt, individuell bedeutsames Vokabular wird zugänglich gemacht:

- Einfache Symboltafeln mit bedürfnisorientierten Aussagen, Vokabular zu Körper- und Wohlbefinden sowie zu persönlichen Interessen
- Buchstabentafeln
- Komplexere elektronische Kommunikationshilfen mit natürlicher oder synthetischer Stimme
- Stimmverstärker

Phase 3: Zugang zu umfassender und differenzierter Kommunikationsmöglichkeit

Zugang zu umfassender und differenzierter Kommunikationsmöglichkeit wird ermöglicht:

- Komplexe Kommunikationshilfen mit Vokabularstrategie und / oder Buchstaben
- Wort- und Grammatikvorhersage
- Kodierungsstrategien
- Musik- und Videofunktionen
- Umfeldsteuerung
- Internetzugang
- Telefonoption

In allen Phasen sollte betrachtet werden, mit welcher Ansteuerung der Patient zu einer erfolgreichen Kommunikation gelangen kann (direkt, Partnerscanning, Augensteuerung, etc.), aber auch hygienische Anforderungen müssen berücksichtigt werden.

Bei planbaren Eingriffen und Intensivaufenthalten sollte vorab die Kommunikation thematisiert werden. In der Vorbereitung werden den Patienten und Angehörigen Situationen und Abläufe erklärt und entsprechendes (individuelles) Vokabular oder Abläufe vorbereitet.

So ist die Patientin mit der Kommunikationssituation und -art vertraut und muss im fremden Umfeld nicht auch noch diese Fähigkeit neu erlernen, dies reduziert negativen Stress.

Im Bereich Palliativmedizin sind das Ausdrücken von Bedürfnissen, das Herstellen sozialer Nähe, das Herstellen von Wohlbefinden und das Herbeirufen von Hilfe vorrangig zur Verfügung zu stellen.

Wahrnehmen, Überprüfen, Bereitstellen

Bevor man Patienten und Patientinnen in ihrer Kommunikation stärken und unterstützen kann, gilt es zunächst bei allen Beteiligten das Bewusstsein für möglicherweise auftretende kommunikative Einschränkungen im Klinikalltag zu fördern und die Wichtigkeit der Förderung der kommunikativen Fähigkeiten als Beitrag zur Lebensqualität und Genesung zu sehen. Die Wahrnehmung für Patienten mit einer „communication vulnerability“ muss gestärkt werden. Hierbei kann eine Checkliste helfen, die als Ziel das Aufzeigen von Risikopatienten und -patientinnen und das Screening der kommunikativen Fähigkeiten hat.

Nach dem Assessment der kommunikativen Fähigkeiten werden basierend darauf Materialien und Vorgehensweisen bereitgestellt, die Patientinnen und Patienten aus ihrer kommunikativen Not befreien können. Als nächster Schritt gilt es mögliche Kommunikationspartnerinnen und -partner zu instruieren bzw. zu informieren, wie die Person kommuniziert und wie evtl. vorhandene Kommunikationsgeräte eingesetzt werden (Kommunikations-Pass am Bett, Ich-Wandblatt, Anleitung der Angehörigen).

Folgende niederschwellige Kommunikationsmittel sollten auf jeder Intensiv- oder Überwachungsstation vorhanden sein:

- Kommunikationstafeln für die Themen: Schmerz, Bedürfnisse, Körper, Gefühle
- Buchstabentafeln: einfach, komplex
- Ja- / Nein: Wortkarten / Symbolkarten
- Ja- /Nein - Code: Information
- Kommunikations-Pass mit Instruktionen
- Ja- / Nein-Fragen Hierarchie
- White-Boards als Schreib- / Zeichentafel
- Thementafeln zum Ermöglichen von Hinweisen für Gesprächsthemen
- Symbolhafte und schriftsprachbasierte Darstellung von Routineabläufen
- Adaptionmöglichkeiten des Schwesternrufes (Tasten)
- Informationsmaterial für Intensivpersonal
- Informationsmaterial für Angehörige

Bei der Bereitstellung des Materials sollte beachtet werden, dass die Tafeln sowohl für direktes Zeigen als auch für das Partnerscanning über Augen oder Abfragen geeignet sind. Außerdem sollten sie symbol- und schriftsprachbasiert vorliegen.

Im weiteren Verlauf sollte der Einsatz von einfachen und/oder komplexen UK-Hilfsmitteln geprüft und erprobt werden. Geräte, wie zum Beispiel Power-Link, Step by Step, Go Talk, Quick Talker, tablet-basierte Lösungen mit entsprechenden Apps sowie komplexe Kommunikationsgeräte mit diversen Kommunikationsstrategien und unterschiedlichen Möglichkeiten der Ansteuerung bieten hier eine breite Palette an Möglichkeiten zur Unterstützung von Kommunikation, Beschäftigung und Selbstbestimmung.

Fazit und Ausblick

Das frühzeitige zur Verfügung stellen von alternativen Kommunikationsmöglichkeiten im Intensivbereich muss verstärkt und ausgebaut werden. Eventuell könnten den Patientinnen und Patienten so Ängste genommen, Antworten gegeben und die Interaktion mit den Angehörigen ermöglicht werden. Ein Nicht-Verstehen führt zu Frustration und Resignation auf allen Seiten. Die Unfähigkeit zu kommunizieren ist verbunden mit Unsicherheit, Panik, Angst, Wut, Stress, Sorge und Schlafstörungen (vgl. Happ et al. 2004). Eine Studie zeigt, dass Patienten mit Zugang zu entsprechenden kommunikativen Möglichkeiten weniger Medikamente (Schmerz, Sedierung) erhalten, die Liegedauer auf der Intensivstation verkürzt wird, sie fühlen sich besser aufgehoben und erleben mehr Kontrolle in der Situation (Happ, 2004, Patak et. al., 2006). Auch das Risiko für Komplikationen und eine notwendige Überwachung werden reduziert (Bartlett et al. 2008).

Bei geplanten Eingriffen, welche eine Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit nach sich ziehen, erscheint deshalb das Erlernen von alternativen Kommunikationsstrategien schon präoperativ sinnvoll. Zudem sollte insbesondere das Pflegepersonal als erster und engster Kontakt der Patientinnen und Patienten geschult und instruiert werden. Hier sollte das Augenmerk auf einem niederschweligen Zugang zu Methoden der Unterstützten Kommunikation liegen. Als zweiter Schritt sollte ein logopädisches Assessment folgen, welches den Ausbau und gegebenenfalls die Ausweitung Richtung komplexe Kommunikationsmöglichkeiten zum Ziel hat.

Literaturverzeichnis

- 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
- Braun, U.; Kristen, U.: Körper-eigene Kommunikationsformen, in: isaac – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V.; von Loeper Literaturverlag (Hrsg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe 2003, S. 02.003.01–02.007.01
- 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.: AAC intervention in the Intensive Care Unit: The Children's Hospital Boston Model, in: AAC Augmentative and Alternative Communication, 16, 2000, 137–153
- 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
- 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
- Ebert, D. A.: Communication disabilities among medical inpatients, in: New England Journal of Medicine, 3, 1998, 339–272
- 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.B.; Swigart, V.; Tate, J.; Arnold, R.; Hoffman, L.; Donahoe, M.: Dimensions of shared decision making in critical illness: The case of long-term mechanical ventilation, in: The Gerontologist, 43 (Special Issue I), 2003, 572–3
- 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 non-speaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study, in: Heart & Lung – The Journal of Acute and Critical Care, 33, 2004, 92–101
- ICF. online:
http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf[Stand: 01.03.2013]
- 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
- Patak, 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