

UK auf neuen Wegen? Implementierung eines UK-Leitfadens in der Klinik – ein Praxisbeispiel

Fabian Montigel¹, Sabrina Beer²

¹ Universitätsklinikum Freiburg, Neurozentrum, Neurochirurgische Intensivstation I

² LogBUK GmbH, Praxis für Logopädie und Ergotherapie und Beratungsstelle für UK, Rosenheim

Ausgangssituation

Ein Klinikaufenthalt stellt für PatientInnen und ihre Angehörigen eine ungewohnte Situation dar und ist häufig mit Ängsten und Stress verbunden. Kommen ein Intensivaufenthalt und/oder eine Beatmungstherapie dazu, stellt dies Betroffene und das Umfeld vor weitere Herausforderungen. Neben den medizinischen Begebenheiten kommt es häufig zu einer veränderten Kommunikationsfähigkeit. Zu den Schwierigkeiten bei der Sprachproduktion können auch Einschränkungen im Sprachverständnis kommen. Erfahrungen während dieser Zeit können für PatientenInnen und deren Angehörige traumatisch sein (Carroll 2007).

Betrachtet man den Ist-Zustand in Deutschland, stellt man fest, dass ein Assessment der Kommunikationsmöglichkeiten noch nicht zum festen Bestandteil bei Klinikaufenthalten gehört. Dies betrifft Intensivstationen ebenso wie Normalstationen. Die Ressourcen und Möglichkeiten, bezüglich der Umsetzung von Unterstützter Kommunikation (UK) wurden noch nicht erkannt bzw. umgesetzt. Kommunikation findet in allen Berufsgruppen statt, die mit PatientenInnen zu tun haben (z.B. Pflegende, ÄrzteInnen, TherapeutenInnen, Mitarbeitende im Bereich Röntgen und Labor ...). Materialien sind, wenn, meist nur sporadisch vorhanden und die Möglichkeiten der Unterstützung für eine gelingende Kommunikation noch nicht allen Beteiligten bewusst. So finden sich kaum deutsche Publikationen zum Thema. Hinzu kommt, dass weder Ärzte noch Pflegende während ihrer Ausbildung zum Thema UK standardmäßig geschult werden (Radtke et al. 2012, S.791).

Einige Kliniken haben jedoch den Mehrwert für sich und ihre PatientenInnen erkannt und sich an die Umsetzung eines strukturierten Vorgehens gemacht. Eine Klinik, die hier Vorreiter ist, ist das Universitätsklinikum Freiburg. Nachfolgend wird beschrieben, wie eine Umsetzungsmöglichkeit von UK im Klinikalltag aussehen kann und welche Anforderungen es zu meistern gilt.

Hintergrund des Leitfadens

Das Thema UK wurde im Rahmen diverser Bachelor- und Projektarbeiten im Studiengang Pflegewissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg aufgegriffen. Dabei wurden auf drei Stationen, darunter eine neurologische Station, eine internistische und eine neurochirurgische Intensivstation, nicht-elektronische und elektronische Kommunikationshilfen im Klinikalltag getestet (Krumpholz, 2015; Montigel, 2015; Zepelin von, 2015). Des Weiteren entstand eine Arbeit darüber, wie PatientenInnen mit einer vorübergehenden Sprachunfähigkeit ihren Aufenthalt in der Neurologie erleben (Krumpholz, 2016), sowie ein integratives Review bezüglich der Kommunikation mit kommunikativ beeinträchtigten Patienten im Akutkrankenhaus (Montigel, 2016). Die Ergebnisse wurden zu einem Leitfadenentwurf zusammengefasst, mit dem Ziel die Kommunikation mit kommunikativ beeinträchtigten PatientenInnen am Klinikum zu verbessern und einheitlich zu gestalten. Auf dieser Basis wurde im Masterstudiengang Pflegewissenschaft das Clinical-Leadership-Projekt „Pilothafte Implementierung eines Leitfadens zu UK“ auf einer internistischen Intensivstation und einer neurologischen Station im Universitätsklinikum Freiburg umgesetzt. Für die pilothafte Implementierung des Leitfadenentwurfs wurde dieser überarbeitet und auf die Gegebenheiten der beiden Fachbereiche angepasst. Externe Unterstützung erfolgte durch die Praxis und Beratungsstelle LogBUK.

Zielsetzung des Projektes

Im Fokus des Projektes stand, das Klinikpersonal bezüglich der bestehenden Probleme von PatientenInnen mit kommunikativen Beeinträchtigungen zu sensibilisieren. Die obersten Prioritäten lagen dabei auf dem Ermitteln von Patientenfähigkeiten und einer einheitlichen Dokumentation. Dazu gehörte das Assessment, eine klinische Einschätzung der Kommunikation und der beteiligten Komponenten. Ein Vermitteln von Basiskommunikationsstrategien sowie unterstützenden Hilfsmitteln inkl. Modifikation an die Bedürfnisse von PatientenInnen war geplant, konnte aufgrund zeitlicher Gründe jedoch nicht geschult werden.

Die beiden Stationen wurden gezielt für die pilothafte Implementierung des Leitfadens ausgewählt. Auf der internistischen Intensivstation befinden sich häufig PatientenInnen mit Sprechstörungen aufgrund von Beatmungstherapien über Endotrachealtuben oder Trachealkanülen. Durch die Schwere der Erkrankung und den Einfluss von Medikamenten unterliegt die Vigilanz dieser PatientenInnen raschen Veränderungen. Diese Merkmale sind charakteristisch für die Kommunikationsbarrieren zwischen dem therapeutischen Team und PatientenInnen auf einer Intensivstation (Costello 2010). Auf einer neurologischen Station befinden sich häufig PatientenInnen mit Sprachstörungen wie zum Beispiel der Aphasie. Sie sind häufig wach und können aktiv an Kommunikationsstrategien mitarbeiten. Damit deckt das Projekt insgesamt ein weites Spektrum an kommunikativen Beeinträchtigungen ab. Dies ist hilfreich, um die Ergebnisse auf das Gesamtklinikum übertragen zu können.

Umsetzung

Zu Beginn des Projektes wurden auf beiden Stationen Arbeitsgruppen gebildet. Sie waren für die Anpassung des Leitfadenentwurfs für die jeweiligen Fachbereiche zuständig, legten ein einheitliches Vorgehen zur Erhebung der kommunikativen Fähigkeiten der PatientenInnen fest und stellten die Hilfsmittel für die Stationen bereit.

Auf dieser Grundlage wurde eine Schulung für die Pflegenden entwickelt und mit einem Plakat für die tägliche Anwendung ergänzt. Um in möglichst kurzer Zeit so viel Personal wie möglich zu erreichen und um Kosten zu sparen, wurden, zusätzlich zu den Projektmitgliedern, MultiplikatorenInnen für die jeweiligen Stationen besonders geschult (sie erhielten eine einstündige Schulung). Für alle Pflegenden wurde eine Kurzfortbildung von 15-20 Minuten Länge in einem Zeitraum von zwei Wochen angeboten. Bedarfsangepasst wurden die Fortbildungen während der Implementierungsphase fortgeführt, um möglichst viel Personal zu erreichen. Sie fanden zur mittäglichen Übergabezeit statt und wurden durch die Projektleitung angeboten. Für Fragen und Hilfestellung stand die Projektleitung im Anschluss an die Fortbildungen den Mitarbeitenden zur Verfügung. Um eine Regelkommunikation zwischen den MultiplikatorInnen und der Projektleitung zu gewährleisten, fanden regelmäßig Pflegevisiten zum Thema UK statt. Hier bot sich Raum um über die praktische Umsetzung zu diskutieren und das Projektvorgehen weiter zu modifizieren. Die Pflegevisiten wurden gemeinsam, durch die MultiplikatorInnen und die Projektleitung durchgeführt. Im Vorfeld wurden PatientenInnen mit kommunikativen Beeinträchtigungen identifiziert. Die Visite erfolgte am Bettplatz zusammen mit den zuständigen Pflegenden. Besonderer Wert wurde auf die kommunikativen Fähigkeiten der PatientenInnen gelegt, um individuelle Kommunikationsstrategien auszuwählen. Ein weiterer Fokus lag auf der Durchführung der Dokumentation und der Einführung der Kommunikationspläne am Bettplatz. Darüber hinaus wurden alle Berufsgruppen mit direktem Patientenkontakt bezüglich des Projektes in einem persönlichen Gespräch informiert und die Hintergründe und das Vorgehen erklärt.

Abbildung 1 – schematischer Ablauf

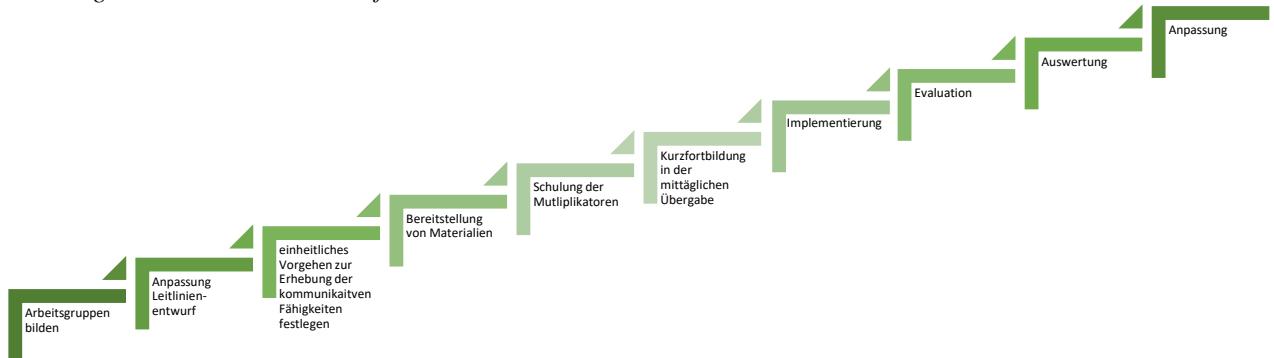


Abbildung 2 und 3 - Plakat Unterstützte Kommunikation und Kommunikationsplan (© Universitätsklinikum Freiburg)

UNTERSTÜTZTE KOMMUNIKATION IN DER PFLEGE auf der NEUROCHIRURGISCHE INTENSIVSTATION 1	UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
<p>Das Diagramm zeigt den Prozess der Kommunikation. Es beginnt mit der 'Unterstützte Kommunikation' (Papier und Stift, Alphabetttafel, Symboltafel, Kommunikationsprogramme), die zu einer 'Erhebung der Patientenfähigkeiten beim Bettplatzcheck' führt. Diese führt zu einer 'Reaktion auf visuelle, auditive und physische Reize'. Ein zentraler Kreis beschreibt 'Kognitive Fähigkeiten: Orientierung, Motorische Fähigkeiten: Feinmotorik, Grobmotorik'. Von diesem gehen Pfeile zu 'Aphasie', 'Logopädie' und 'Dysarthrie' aus. Diese führen zu 'Kommunikationsstrategien' (direkter Augenkontakt, erarbeiten von Zeichen, First Letter Spelling, Kategorien bilden) und schließlich zu einem 'Einheitliches Vorgehen' (Dokumentation elektronische Patientenakte und Kommunikationspläne am Bettplatz).</p>	Problem: Endotrachealtubus <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> _____ Sprachverständnis <input type="checkbox"/> Sprachproduktion <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahntechnik <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> _____ Kommunikationsstrategien: Ja & Nein Antworten möglich: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Schwankend <input type="checkbox"/> Vereinbare Zeichen: → _____ = _____ → _____ → _____ = _____ → _____ → _____ = _____ → _____ Weitere Kommunikationsstrategien: → _____ Kommunikationshilfsmittel: Stift und Papier: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Alphabetttafel: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Tablet: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Symboltafel: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> APP: _____ Sonstiges <input type="checkbox"/> Interessante Themen: → _____ → _____ → _____ → _____ Wiederkehrende Themen: → _____ → _____ → _____ → _____

Praxis - Ermittlung der Patientenfähigkeiten

Ein wichtiger Aspekt zu Beginn der Betreuung ist die Erhebung und die Dokumentation der Patientenfähigkeiten. Orientiert am Cognitive Linguistic Screening Instrument nach Dowden (1986), liegt der Fokus auf folgenden Bereichen:

- Reaktion auf physikalische, auditive oder visuelle Reize
- Kognitive Fähigkeiten
- Motorische Fähigkeiten im Bereich Grob- und Feinmotorik.

Da der physische Zustand der PatientInnen auf einer Intensivstation permanenten Schwankungen unterliegt (z.B. bedingt durch Medikamente oder durch den kritischen Gesundheitszustand) sollte die Einschätzung der kommunikativen Fähigkeit einer strikten Regelmäßigkeit unterliegen. Das Assessment kann als Teil der neurologischen Basisuntersuchung, welche zu Beginn jeder Schicht durchgeführt wird, einbezogen werden. Beim Erkennen von Sprach- und Sprechstörungen wird ein logopädisches bzw. neurologisches Konsil angeregt. Das Vorgehen orientierte sich am Algorithmus des „SPEACS-2“ (siehe Happ 2010 / 2014, Garrett, Happ, Tate 2006). Hierzu wurde der Algorithmus übersetzt und angepasst. Eine Freigabe zur Veröffentlichung der deutschen Version durch den Urheber liegt jedoch noch nicht vor.

Praxis – Kennen von Basiskommunikationsstrategien

Im Leitfaden wurden verschiedene Aspekte zur Kommunikation dargelegt, erläutert und Zusammenhänge aufgezeigt. Dazu gehören:

- Tragen von Zahnprothesen, Hör- und Sehhilfen
- Bedienen der Rufanlage
- Direkter Augenkontakt
- Das Ende einer Frage betonen
- Gestik und Mimik
- Erarbeiten von Zeichen für besondere Bedürfnisse des Patienten und Zeichen für Ja und Nein
- Augenzwinkern
- Überartikulation
- First Letter Spelling
- Einbeziehen von Bildern, Symbolen und Schrift
- Kategorien bilden.

Praxis - Kommunikative Unterstützung anbieten

In diesem Teil des Leitfadens wurden Hilfen zur Unterstützung der Kommunikation beschrieben und Tipps zur Umsetzung mitgegeben. Insbesondere wurde auf folgende Themen eingegangen:

- Papier und Stift
- Kommunikationstafeln/Alphabet-Tafeln
- Tablets mit Kommunikationsprogrammen
- Sprache und Sprechhilfen.

Es wurden alphabet- und symbolbasierte Tafeln erstellt und auf den Stationen zur Verfügung gestellt. Ebenso standen bzw. stehen elektronische Kommunikationshilfen in Tabletform mit speziellen Kommunikationsanwendungen zur Verfügung.

Praxis - Dokumentation

Die erhobenen Fähigkeiten und erarbeiteten Kommunikationsstrategien wurden für alle MitarbeiterInnen und Angehörige festgehalten. Dies erfolgte in Kommunikationsplänen am Bettplatz und im Stammbuch und / oder in weiteren vereinbarten Orten der Patientendokumentation.

Herausforderungen bei der Umsetzung

Happ et al (2014) beschreiben für ein Scheitern bei der Umsetzung von UK im Akutkrankenhaus die Faktoren Zeit und die Utauglichkeit für das Akutsetting. Ähnlich zeichneten sich die Hürden auch bei der pilotaften Implementierung ab. Eine hohe Projektdichte und ein hohes Arbeitsaufkommen erschwerte die Umsetzung. Eine wöchentliche Pflegevisite zum Thema UK sollte trotz der hohen Projektdichte das Interesse am Projekt hochhalten und ein gutes Feedback sicherstellen.

Die Auswertung des Projektes erfolgte in Form eines Audits. Zum Zeitpunkt des Audits wurden zwei IntensivpatientInnen und ein Patient auf der neurologischen Tagesstation mit kommunikativen Beeinträchtigungen aufgefunden und in die Auswertung eingeschlossen. Das Ergebnis zeigte ein gemischtes Bild. Die Kommunikationspläne am Bettplatz kamen regelmäßig zum Einsatz, in allen Fällen fehlten jedoch Angaben, und nur ein Plan war auf die aktuelle Situation angepasst. Bei keiner/keinem PatientenIn war die Notwendigkeit für Seh- und Hörrhilfen dokumentiert. Die Dokumentation der Orientierung, Vigilanz und Bewegung wurde regelmäßig und gewissenhaft durchgeführt. Die notwendigen Sedierungs- und Delir-Scores wurden regelrecht ausgefüllt (Montigel 2017). Das Audit lies die Vermutung zu, dass die Pflegenden Wert auf die Kommunikation mit kommunikativ beeinträchtigten Menschen legen. Die rasch wechselnden Vigilanz- und Orientierungszustände der PatientInnen, stellen jedoch eine enorme Herausforderung für die Dokumentation dar. Dazu kommt, dass der Leitfaden nicht von allen Pflegenden gewissenhaft umgesetzt wird. Dadurch wird eine aufbauende Arbeitsweise zur Erarbeitung von Kommunikationsstrategien gefährdet, besonders unter dem Gesichtspunkt stark schwankender Vigilanz- und Orientierungszustände der Patienten. Eine inkonsequente Anwendung von UK von Seiten der MitarbeiterInnen wirkt sich demotivierend auf die Patienten und das gesamte Team aus und kann den Implementierungsprozess erschweren (Radtke, Tate & Happ, 2012; O'Halloran et al. 2008). Deshalb ist es wichtig, allen Beteiligten die Notwendigkeit eines einheitlichen Vorgehens und einer stringenten Dokumentation der kommunikativen Fähigkeiten nahezulegen.

Kommunikationspläne am Bettplatz erleichtern die Kommunikation für alle Berufsgruppen. Genügend Zeit für die Implementierung muss eingeplant werden.

Ausblick und Fazit

Schulungsprogramme zur UK mit kommunikativ beeinträchtigten PatientenInnen haben positive Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und die Patientensicherheit. Missverständliche Kommunikation kann zu Fehlinterpretation von Schmerz und anderen Symptomen führen und in einer Über- oder Unterversorgung enden (Happ et al., 2014 S. 95). Aus diesem Grund ist die Einführung von Schulungsprogrammen für Pflegende und alle Berufsgruppen, die im direkten Patientenkontakt stehen, eine wichtige Maßnahme, um weiterhin eine hohe Qualität in der Patientenversorgung zu gewährleisten. Die pilothafte Implementierung hat gezeigt, dass Elemente des Leitfadens gut angenommen werden. Um eine vollständige Implementierung des Leitfadens zu ermöglichen, werden zunächst in einem weiteren Forschungsprojekt die fördernden und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung ermittelt. Außerdem sind intensivere Schulungen des Personals bezüglich der Kommunikationsassessments und der Anwendung von UK notwendig.

Kontakt:

fabian.montigel@uniklinik-freiburg.de

sabrina.beer@logbuk.de

Literatur:

- Carroll, S.M. Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonvocal ventilated patients. Qualitative Health Research 2007 17(9), S.1165-1177.
- Costello, J. M., Patak, L., Pritchard, J. Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication, Netherlands. In: J Pediatr Rehabil Med Vol. 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, 2/1, 2009, 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. 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, 33(2), 2004, 92-101 110.
- Happ, M.B., Baumann, B.M., Sawicki, J., Tate, J.A., George, E.L., Barnato, A.E. SPEACS-2: intensive care unit "communication rounds" with speech language pathology. In: Geriatric Nursing, 31 (3), 2010, 170-7.
- 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, 20(2), 2011, 8-40.
- 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, 43(2), 2014 89-98.
- Krumpholz, S; Praxisentwicklungsprojekt: Wie kann die Implementierung von einem nicht-elektronischen und einem elektronischen Hilfsmittel zur unterstützen Kommunikation für Patienten auf Station Hoffmann im Neurozentrum des Universitätsklinikums Freiburg gelingen? unveröffentlichtes Dokument, 2015, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Krumpholz, S; Bachelorarbeit: Was wünschen sich neurologische und neurochirurgische Patientinnen und Patienten mit einer vorübergehenden Sprachunfähigkeit in Bezug auf die Kommunikation in der akuten Phase? unveröffentlichtes Dokument, 2016, Albert-Ludwig-Universität Freiburg.
- Montigel, F; Praxisentwicklungsprojekt: Implementierung von elektronischen und nicht elektronischen Kommunikationshilfsmitteln auf der neurochirurgischen Intensivstation am Universitätsklinikum Freiburg. unveröffentlichtes Dokument, 2015, Albert-Ludwig-Universität Freiburg.
- Montigel, F; Bachelorarbeit: Wie kann effektiv mit kommunikativ beeinträchtigten Patienten kommuniziert werden? Entwicklung eines evidenzbasierten Leitfadenentwurfes an einem Universitätsklinikum in Süddeutschland, unveröffentlichtes Dokument, 2016, Albert-Ludwig-Universität Freiburg.
- Montigel, F.; Projektarbeit: Die pilothafte Implementierung eines Leitfadens zur unterstützten Kommunikation auf zwei Stationen des Universitätsklinikums Freiburg, unveröffentlichtes Dokument, 2017, Albert-Ludwig-Universität Freiburg.
- 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, 43(6), 2008, 601-632632

- Radtke, J.V., Tate, J.A., Happ, M.B. Nurses' perceptions of communication training in the ICU. In: Intensive & Critical Care Nursing, 28(1), 2012, 16-2510.
- Tate, J. A., Seaman, J. B., Happ, M. B. Acute care of the elderly, Overcoming Barriers to Pain Assessment: Communicating Pain Information with Intubated Older Adults. In: Geriatric Nursing, 33(4), 2012, 310- 314.
- Garret, Happ, Tate, SPEACS-2 Communication Assessment and Intervention, 2006, Online verfügbar unter: http://nucleus.con.ohio-state.edu/media/speacs2/attachments/Large_Algorithm_10.07.09.happfootnote.pdf (letzter Aufruf 27.03.2018); basierend auf: Garret, Happ, Tate. SPEACS: Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication (Revised 10 07 2009: SPEACS-2; Happ Revised 01 20 2018), 2006, University of Pittsburgh School of Nursing (NIH/NICHD grant # R01-HD043988 Improving Communication with Nonspeaking ICU Patient).
- Zepelin von, L; Praxisentwicklungsprojekt: Implementierung eines elektronischen und eines nicht-elektronischen Kommunikationshilfsmittels bei je einem/einer Patienten/Patientin mit eingeschränkter Kommunikation (intubiert oder tracheotomiert) auf Station Heilmeyer 2, unveröffentlichtes Dokument, 2015, Albert-Ludwig-Universität Freiburg.