



PRESSE – Information

zu dem Projekt:

Schlafapnoe – (k)ein Thema
in der Pflege!

VdK

*Fachverband Schlafapnoe/
Chronische Schlafstörungen*



Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Reinhard Wagner

Weserstr. 8

26382 Wilhelmshaven

Tel.: 04421 318 52 / 0163 35 90 708

Schlafapnoe-Wilhelmshaven@ewetel.net
www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven

Presse und Öffentlichkeitsarbeit
Reinhard Wagner
Weserstr. 8
26382 Wilhelmshaven
Tel.: 04421 318 52 / 0163 35 90 708

Schlafapnoe-Wilhelmshaven@ewetel.net
www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven

Medienredaktionen

Wilhelmshaven, den 01. Sept. 2010

Pressebericht zum Projekt

„Schlafapnoe - (k)ein Thema in der Pflege!“

Sehr geehrte Redakteurinnen und Redakteure,

wir führen auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) eine zertifizierte Pflegefortbildung durch:

„Schlafapnoe (k)ein Thema in der Pflege“

Termin: 7. Okt. 2010 10.30 Uhr – 13.30 Uhr im Congress-Centrum Bremen.

Mit dieser Veranstaltung gehen wir einen für Selbsthilfeverbände ungewöhnlichen Weg, aber nur so wird es uns gelingen die Versorgungsdefizite der stationär behandelten Schlafapnoepatienten zu beseitigen.

Die Erkrankung Schlafapnoe ist in den Ausbildungsregelungen der Pflegenden deutschlandweit nach unseren Feststellungen nur unzureichend oder noch nicht berücksichtigt.

Hierdurch, so wird uns von den Patienten berichtet, ergeben sich häufig Gesundheitsgefährdungen für den Patienten. Um diese, für Patienten fatale Situation zu verbessern, haben wir bereits 2009 das Projekt „Schlafapnoe (k) ein Thema in der Pflege“ begonnen.

Im Rahmen des Projektes bieten wir von uns erstellte Powerpointvorträge an und werden von vielen Krankenhäusern und Ausbildungsstätten eingeladen um dort zertifizierte Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen.

Nachdem erfolgreichem Beginn des Projektes und durch viele positive Rückmeldungen, aus dem Bereich der Pflegenden, Krankenhäuser, und den Ausbildungsstätten gestärkt, werden wir auf der 18. Jahrestagung der DGSM eine Pflegefortbildung durchführen.

Über eine Berichterstattung über das Projekt würden wir uns freuen.

Für Rückfragen können Sie mich unter 0163 35 90 708 erreichen.

Belegexemplar an die obige Anschrift oder als Mail erbeten

Mit freundlichen Grüßen



Reinhard Wagner

Sprecher Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Schlafapnoe – (k)ein Thema in der Pflege

Der VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen (Atemstillstände im Schlaf) weist anlässlich der 18. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Schlafforschung (DGSM) darauf hin, dass ca.8 Millionen Menschen in Deutschland an der Schlafapnoe erkrankt sind.

In der Arbeit der Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen nimmt die von den Patienten beklagte unzureichende stationäre Betreuung einen großen Raum ein.

Die Schlafapnoeerkrankung ist immer noch ein "Stiefkind" in der medizinischen Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe.

Medizinisches Personal in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, das in den 80er Jahren ausgebildet wurde, hat häufig von der Erkrankung noch nichts gehört und ist deshalb bei der Versorgung, Betreuung und Pflege von Schlafapnoepatienten überfordert. Auch bei den jüngst ausgebildeten Gesundheits-, Kranken- und Altenpfleger/innen ist das Wissen über die Erkrankung häufig nicht vorhanden. Dies kann unter Umständen lebensbedrohliche Auswirkungen für den Patienten/Bewohner haben.

Die Ursache liegt darin, dass es sich bei der Schlafmedizin um eine junge Wissenschaft handelt. In den letzten Jahrhunderten wurde dem Schnarchen und dem sich daraus häufig entwickelnden obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom kaum Aufmerksamkeit gewidmet – bestenfalls als ein störendes Moment für den Zuhörer.

Der VdK Fachverband teilt weiterhin mit, dass die Anzahl, der in den Schlaflaboren diagnostizierten Patienten ständig zunimmt. Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Patienten/Bewohner, die ihr Atemtherapiegerät in Kliniken und Einrichtungen der Altenpflege einbringen, in den nächsten Jahren sprunghaft ansteigen wird.

In der Arbeit der Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen nimmt die von den Patienten beklagte unzureichende stationäre Betreuung einen großen Raum ein. Das medizinische Personal ist häufig, auf Grund fehlender spezifischer Aus- u. Fortbildung, nicht in der Lage Patienten, die mit einem eigenen Atemtherapiegerät in die Klinik kommen, sachgerecht zu versorgen.

Häufig fehlen einfachste Grundkenntnisse über die Schlafapnoe. Viele Patienten haben in den Selbsthilfegruppen berichtet, dass das medizinische Personal die Atemtherapiegeräte (z.B. CPAP) nicht kannte. Eine häufige Frage an den Patienten war: "Was haben sie denn da für ein Gerät auf dem Nachttisch? So etwas habe ich ja noch nie gesehen?"

In der Regel übernimmt der Patient die notwendigen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Betrieb seines Atemtherapiegerätes selbst. Wenn er dies jedoch auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht kann, muss das medizinische Personal diese Aufgaben übernehmen.

Hierzu ist es erforderlich, dass das für die Versorgung zuständige medizinische Personal über das Krankheitsbild "Schlafapnoe" und das Ziel der Therapie (Verhinderung der Apnoen) informiert ist. Hierzu gehört auch das Handling der Atemtherapiegeräte und Atemmasken.

Wir halten es deshalb für dringend notwendig, dass die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe in den Aus- und Fortbildungsvorschriften der Gesundheits- Kranken- und Altenpfleger/innen zukünftig einen sehr viel höheren Stellenwert einnimmt.

Der VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen fordert:

- Die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe muss in den Aus- und Fortbildungsvorschriften der Gesundheits- Kranken- und Altenpfleger/innen zukünftig einen sehr viel höheren Stellenwert einnehmen.
- Kliniken und Pflegeheime müssen auf den in den nächsten Jahren zu erwartenden rapiden Anstieg der Patienten oder Bewohner, die mit einem Atemtherapiegerät in die Klinik bzw. das Pflegeheim kommen, vorbereitet sein.
- Kliniken müssen verpflichtet werden, die medizinische Versorgung der Schlafapnoe-Patienten sicherzustellen.
- Präoperativ (vor der Operation) mit CPAP therapierte Patienten sollten, so früh wie möglich, auch postoperativ (nach der Operation) wieder der CPAP-Therapie zugeführt werden.
- Kliniken, die die medizinische Versorgung von Schlafapnoepatienten nicht sicherstellen können und wollen, dürfen keine Patienten mit der Begleiterkrankung "Schlafapnoe-Syndrom" aufnehmen.
- Kliniken die eine Therapieunterstützung des Patienten mit seinem eigenen Atemtherapiegerät ablehnen, müssen dem Patienten klinikeigene Atemtherapiegeräte zur Verfügung stellen oder den Patienten an eine andere Klinik weiterleiten.

Wilhelmshaven, den 1.Sept.2010

Reinhard Wagner



Sprecher Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Hintergrundwissen:

"Operation gelungen - Patient tot, Todesursache schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe?"

Die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe, an der in Deutschland ca. 8 Mio. Menschen leiden, ist immer noch ein "Stiefkind" in der medizinischen Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe.

Medizinisches Personal welches in den 80er Jahren ausgebildet wurde, hat häufig von der Erkrankung noch nichts gehört und ist deshalb bei der Versorgung, Betreuung und Pflege von Schlafapnoepatienten überfordert. Auch bei den jüngst ausgebildeten Gesundheits-, Kranken- und Altenpfleger/innen ist das Wissen über die Erkrankung häufig nicht vorhanden. Dies kann unter Umständen lebensbedrohliche Auswirkungen für den Patienten/Bewohner haben.

Die Ursache liegt darin, dass es sich bei der Schlafmedizin um eine junge Wissenschaft handelt. In den letzten Jahrhunderten wurde dem Schnarchen und dem sich daraus häufig entwickelnden obstruktiven Schlafapnoesyndrom kaum Aufmerksamkeit gewidmet – bestenfalls als ein störendes Moment für den Zuhörer.

Die Erkrankung "obstruktives Schlafapnoesyndrom" wurde 1973 von Guilleminault erstmals definiert, einige Jahre später wurde das erste Atemtherapiegerät (Gewicht 25 Kg) entwickelt.

Geschichtlicher Hintergrund –

Stadien und Entwicklung der Schlafmedizin und der CPAP-Therapie von 1500 bis heute:

(CPAP = continuous positive airway pressure – kontinuierlicher positiver Atemwegs-Druck)

- 1500 Mattigkeit durch Schlaflosigkeit 4. Klasse der Geisteskrankheiten
- 1818 Ceyne - Kardiorespiratorische Arrhythmien und Hirnfunktion
- 1845 Stokes - Kardiorespiratorische Arrhythmien und Hirnfunktion
- 1836 Charles Dickens beschreibt in seinem Roman "Pickwick Papers" einen Fettleibigen mit ausgeprägter Tagesschläfrigkeit "Little fat Joe"
- 1918 Fettleibigkeit, Tagesschläfrigkeit und Zyanose als "Pickwick Syndrom" bezeichnet
- 1929 EEG -Psychophysiologische Schlafforschung
- 1937 Unterschiedliche Schlafstadien identifiziert
- 1951 Erste Schlaf-Aufzeichnung über eine Gesamtnacht
- 1953 EOG -Entdeckung der Augenbewegungen im Schlaf (REM)
- 1956 Entdeckung des REM -Schlafes
- 1965 "Schlafapnoe" erstmals erkannt und als „Pickwick Syndrom“ bezeichnet
- 1968 Entdeckung der oberen Atemwegsobstruktion
- 1970 Erste Behandlungsversuche der Schlafapnoe durch eine Tracheotomie. (Nachweis des Erfolges durch polygraphische Registrierung vor- und nachher)

- 1973 Obstruktive Schlafapnoe erstmalig definiert (Guilleminault).
- 1974 Bezeichnung "Polysomnographie" eingeführt
- 1976 Erstes Schlaflabor in Deutschland
- 1981 Erstes Atemtherapiegerät
- 1985. Erstes kommerziell vertriebenes CPAP-Atemtherapiegerät

Viele Jahre später, Anfang der 90er Jahre, war die Therapie (die Erkrankten schlafen mit einem Atemtherapiegerät, Gewicht heute ca. 1 - 3KG) für die Anwendung in der häuslichen Umgebung geeignet.

Seit dieser Zeit nimmt die Anzahl, der im Schlaflabor diagnostizierten Patienten, stetig zu. Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Patienten/Bewohner, die ihr Atemtherapiegerät in Kliniken und Einrichtungen der Altenpflege einbringen, in den nächsten Jahren sprunghaft ansteigen wird.

In der Arbeit der Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen nimmt die von den Patienten beklagte unzureichende stationäre Betreuung einen großen Raum ein. Das medizinische Personal ist häufig, auf Grund fehlender spezifischer Aus- u. Fortbildung, nicht in der Lage Patienten, die mit einem eigenen Atemtherapiegerät in die Klinik kommen, sachgerecht zu versorgen.

Häufig fehlen einfachste Grundkenntnisse über die Schlafapnoe. Viele Patienten haben in den Selbsthilfegruppen berichtet, dass das medizinische Personal die Atemtherapiegeräte (z.B. CPAP) nicht kannte. Eine häufige Frage an den Patienten war: "Was haben sie denn da für ein Gerät auf dem Nachttisch? So etwas habe ich ja noch nie gesehen?"

Im Gegensatz zu Krankenhäusern gibt es in gut geführten Pflegeheimen jedoch kaum Probleme bei der Anwendung der Atemtherapiegeräte durch die Pflegefachkräfte.

Da die Bewohner oft viele Jahre in den Einrichtungen der Altenpflege verbringen ist das Personal überwiegend in der Lage die Bewohner, entsprechend den jeweiligen Erfordernissen, zu versorgen.

Eine andere Situation kann sich im Bereich der ambulanten-Altenpflege so wie in der Kurzzeitpflege ergeben, wenn die Pflegefachkräfte zunehmend mit den Atemtherapiegeräten der Patienten konfrontiert werden.

Bei den Patienten, die in den Krankenhäusern bei der Handhabung ihres Gerätes **auf die Hilfe** des medizinischen Personales angewiesen sind, wird die Therapie - wie uns die Betroffenen berichten - häufig nicht durchgeführt. So kann es, bedingt durch das fehlende Wissen über die Schlafapnoe, sowie über die Grundlagen der schlafapnoe-spezifischen Betreuung, zu einer Gefährdung der stationär behandelten Schlafapnoe-Patienten kommen. Insbesondere dann, wenn auf den Stationen niemand mit dem Schlafapnoe-Atemtherapiegerät des Patienten umgehen kann und die Klinik aus diesem Grund dem Personal die Bedienung des patienteneigenen Gerätes untersagt, ohne klinikeigene Atemtherapiegeräte zur Verfügung zu stellen.

Zusätzliche Gefahren für den Patienten können sich durch die Einweisungserkrankung, die medikamentöse Therapie und/oder im perioperativen Bereich ergeben, wenn der Patient auf der Station **nicht** oder **nicht mehr** von der Anästhesie überwacht wird. Von vielen Patienten wurden in diesem Zusammenhang „Schnittstellenprobleme“ berichtet.

Die Verabreichung von den Muskeltonus beeinflussenden- und/oder die Bewusstseinslage einschränkenden Medikamenten, kann Auswirkungen auf die CPAP- Therapie haben. Die für das Verhindern

der Obstruktion erforderlichen Drücke könnten nach der Verabreichung der entsprechenden Medikamente nicht mehr ausreichen. Als Folge davon könnten, trotz Atemtherapie, Obstruktionen der Atemwege auftreten und den Patienten gefährden. Dies erfordert einen besonderen Überwachungsbedarf des Schlafapnoe-Patienten im Krankenhaus..

Präoperativ mit CPAP therapierte Patienten sollten, so früh wie möglich, auch postoperativ wieder der CPAP-Therapie zugeführt werden.

In der Regel übernimmt der Patient die notwendigen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Betrieb seines Atemtherapiegerätes selbst. Wenn er dies jedoch auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht kann, muss das medizinische Personal diese Aufgaben übernehmen.

Hierzu ist es erforderlich, dass das für die Versorgung zuständige medizinische Personal über das Krankheitsbild "Schlafapnoe" und das Ziel der Therapie (Verhinderung der Apnoen) informiert ist. Hierzu gehört auch das Handling der Atemtherapiegeräte und Atemmasken.

Dies ist auch deshalb besonders wichtig, da entsprechend gut ausgebildete Gesundheits- Kranken- und Altenpfleger/innen oft die Ersten sind, die bei den Patienten die Apnoen bemerken.

Als Leiter von Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen hören wir immer wieder von Patienten, dass die Erkrankung erst nach vielen Jahren, wenn sich bereits Folgeerkrankungen eingestellt haben, diagnostiziert wird. Vorher hat niemand die Apnoen bemerkt oder ihnen keine Bedeutung beigemessen.

Wir halten es deshalb für dringend notwendig, dass die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe in den Aus- und Fortbildungsvorschriften der Gesundheits- Kranken- und Altenpfleger/innen zukünftig einen sehr viel höheren Stellenwert bekommt.

Wilhelmshaven, den 1. September 2010

Reinhard Wagner



Sprecher Presse- und Öffentlichkeitsarbeit