

# Inhalt

<b>Geleitwort</b> .....	5
<b>Vorwort</b> .....	11
<b>1 Menschen – Schmerz – Pflege – Medizin</b> .....	13
<b>2 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)</b> .....	17
2.1 Expertenstandards in der Pflege .....	17
2.2 Aufbau der Expertenstandards .....	19
2.3 Abgrenzung zwischen Expertenstandards, Pflegestandards, Richtlinien und Leitlinien .....	24
2.4 Vorteile der Expertenstandards .....	26
2.5 Nachteile – Diskrepanz der Expertenstandards .....	28
2.6 Theoretische Grundlagen im Methodenpapier des DNQP .....	29
2.6.1 Fortbildung zum Expertenstandard .....	32
2.6.2 Anpassung des Expertenstandards an die Anforderungen der Zielgruppe .....	33
2.6.3 Einführung und Anwendung des Experten- standards .....	34
2.6.4 Datenerhebung mit standardisiertem Audit- instrument .....	35
<b>3 Schmerzmanagement</b> .....	36
3.1 Ziel des Schmerzmanagements .....	38
3.2 Patientenbefragung .....	40
3.3 Konkrete Voraussetzungen zur praktischen Ein- führung und Implementierung des Experten- standards in einer Klinik/Abteilung .....	42
3.4 Auswahl der (Modell-)Pflegeeinheit .....	44
3.5 Projektauftrag/Projektleitung .....	45
<b>4 Der Expertenstandard auf dem Weg zum inter- disziplinären Schmerzmanagement</b> .....	47
4.1 Zeitplan .....	47
4.2 Auswahl und Angebote der Themen für Fort- bildungen .....	49

4.2.1	Diskussion/Fortbildung: Haltung und Einstellung zum Schmerz .....	52
4.2.2	Fortbildung: Assessmentinstrumente/ Einschätzungsverfahren .....	54
4.2.3	Fortbildung: Physiologie des Schmerzes .....	57
4.2.4	Fortbildung: Medikamentöse Schmerztherapie nach dem Stufenschema der WHO .....	58
4.2.5	Fortbildung: Nicht-medikamentöse Maßnahmen ...	60
4.2.6	Fortbildung: Beratung und Schulung .....	61
4.2.7	Information: Standardentstehung und Verfahrensregelung (Schmerzschema) .....	62
4.3	Anpassung des Expertenstandards an die konkreten Bedürfnisse der Patienten in der Klinik/Abteilung ...	63
4.3.1	1. Standardkriterium – Schmerzeinschätzung .....	65
4.3.1.1	Numerische Rangskala – NRS .....	70
4.3.1.2	Visuelle Analogskala – VAS .....	74
4.3.1.3	Verbale Ratingskala – VRS .....	74
4.3.1.4	Smiley-Analog-Skala – SAS .....	75
4.3.1.5	Kindliche Unbehagen- und Schmerzskala – KUSS ...	76
4.3.1.6	Weitere Assessmentinstrumente zur Schmerzeinschätzung kommunikationsbeeinträchtigter Menschen .....	77
4.3.1.7	Grenzpunkt/Trennpunkt/„Cut-Off-Punkt“ .....	79
4.3.1.8	Verlaufskontrolle und Dokumentation .....	81
4.3.2	2. Standardkriterium – Schmerztherapie .....	85
4.3.2.1	Patientenkontrollierte Analgesie – PCA .....	85
4.3.2.2	Applikationsarten der Schmerzmedikamente .....	88
4.3.2.3	Abhängigkeit und Toleranz .....	90
4.3.2.4	Placebo und Nocebo .....	93
4.3.2.5	Verfahrensregelung, Schmerzschema, Algorithmus ..	95
4.3.2.6	Cut-off-Punkt: 3 von 10 .....	99
4.3.2.7	Patienten mit einer „anderen“ Einstellung zur Schmerztherapie .....	101
4.3.3	3. Standardkriterium – Nebenwirkungen der Schmerztherapie .....	104
4.3.4	4. Standardkriterium – Nicht-medikamentöse Maßnahmen .....	106
4.3.4.1	Exkurs: Gate-Control-Theorie .....	108
4.3.4.2	Auswahl an nicht-medikamentösen Maßnahmen ...	109
4.3.4.3	Nicht-medikamentöse Maßnahmen – das Herzstück der Pflege? .....	112
4.3.5	5. Standardkriterium – Beratung und Schulung ....	114
4.3.5.1	Beratung und Schulung für Patienten mit chronischen Schmerzen .....	115
4.3.5.2	Beratung und Schulung für Patienten mit akuten Schmerzen .....	117
4.3.5.3	Umsetzung von Beratung und Schulung .....	118
4.3.6	Zusammenfassung .....	120
4.4	Anwendung des Expertenstandards bei den Patienten .....	121

4.5	Überprüfung der Einführung des Expertenstandards anhand des standardisierten Auditinstruments .....	125
4.5.1	Auditfragebogen für Patienten .....	129
4.5.2	Auditfragebogen für das Pflegepersonal .....	132
4.5.3	Auditergebnisse Patientenfragebögen .....	134
4.5.4	Auditergebnisse Pflegepersonalfragebögen .....	140
<b>5</b>	<b>Die Implementierung des Expertenstandards aus Sicht der Pflegenden .....</b>	<b>143</b>
<b>6</b>	<b>Interdisziplinäres Schmerzmanagement – die Perspektive des ärztlichen Projektleiters .....</b>	<b>153</b>
6.1	Einbindung aller Gruppen des Krankenhauses .....	156
6.2	Gründung einer „Schmerztherapie-Steuergruppe“ ..	156
6.3	Schmerzbeauftragte .....	157
6.4	Schulung der „Kernmitarbeiter“ .....	157
6.5	Erhebung des „Status quo“ .....	157
6.6	Etablierung einer „Schmerz-Task Force“ .....	158
6.7	Festlegung der Organisation der Schmerztherapie ..	158
6.8	Erstellung von Algorithmen für die Schmerztherapie	159
6.9	Erstellung von Dienstanweisungen für alle Ver- fahren der Schmerztherapie .....	161
6.10	Koordination mit anderen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen .....	162
6.11	Einführung der Maßnahmen in den verschiedenen Fachgebieten/Stationen .....	163
6.12	Überprüfung der Maßnahmen .....	163
6.13	Fazit .....	163
<b>7</b>	<b>Schmerzmanagement in der alltäglichen Praxis – Ausblick und Empfehlungen für die Umsetzung im Gesamtunternehmen .....</b>	<b>165</b>
7.1	Konkrete Schritte zum interdisziplinären Schmerz- management .....	167
7.2	Meilensteine im interdisziplinären Schmerz- management .....	171
7.3	Abschließende Bemerkungen .....	175
<b>Literatur</b> .....		<b>177</b>
<b>Anhang</b> .....		<b>181</b>
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....		<b>189</b>