

Inhalt

Geleitwort	5
Vorwort	11
1 Menschen – Schmerz – Pflege – Medizin	13
2 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	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 Expertenstandards	34
2.6.4 Datenerhebung mit standardisiertem Auditinstrument	35
3 Schmerzmanagement	36
3.1 Ziel des Schmerzmanagements	38
3.2 Patientenbefragung	40
3.3 Konkrete Voraussetzungen zur praktischen Einführung und Implementierung des Expertenstandards in einer Klinik/Abteilung	42
3.4 Auswahl der (Modell-)Pflegeeinheit	44
3.5 Projektauftrag/Projektleitung	45
4 Der Expertenstandard auf dem Weg zum interdisziplinären Schmerzmanagement	47
4.1 Zeitplan	47
4.2 Auswahl und Angebote der Themen für Fortbildungen	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 (Schmerzschemata)	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, Schmerzschemata, 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
5	Die Implementierung des Expertenstandards aus Sicht der Pflegenden	143
6	Interdisziplinäres Schmerzmanagement – die Perspektive des ärztlichen Projektleiters	153
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 Verfahren 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
7	Schmerzmanagement in der alltäglichen Praxis – Ausblick und Empfehlungen für die Umsetzung im Gesamtunternehmen	165
7.1	Konkrete Schritte zum interdisziplinären Schmerzmanagement	167
7.2	Meilensteine im interdisziplinären Schmerzmanagement	171
7.3	Abschließende Bemerkungen	175
	Literatur	177
	Anhang	181
	Stichwortverzeichnis	189