

Schmerztherapeutisches Curriculum
für die integrierte Aus-, Weiter- und Fortbildung in der
Pflege

Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der
Schmerzmedizin

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

5., überarbeitete und erweiterte Auflage Juni 2014

Vorwort zur 1. Auflage

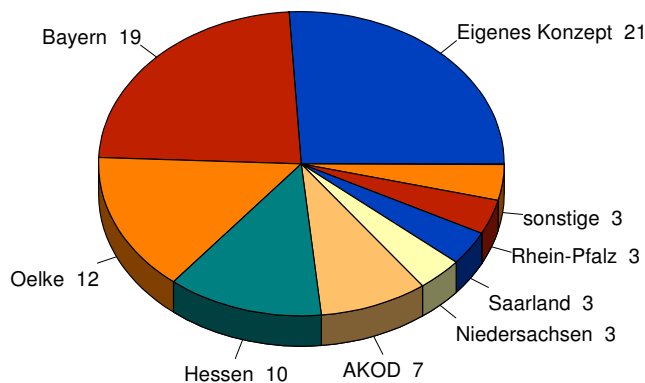
Die Schmerztherapie ist in den letzten 20 Jahren immer deutlicher in das medizinische Interesse gerückt. Trotz einer Fülle neuer Erkenntnisse und Therapieverfahren in diesem Bereich werden nach wie vor erhebliche Defizite bei allen um den Patienten bemühten Personen z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Altenpfleger/-innen, Arzthelferinnen, Physiotherapeuten offenbar.

Das Pflegepersonal hat in der Regel den engsten Kontakt zum Patienten, und wird bereits von Beginn des Berufslebens an mit schmerzleidenden Patienten konfrontiert, die nicht oder unzureichend behandelt werden. Die in dieser Situation erlebte Hilflosigkeit resultiert aus mangelnden theoretischen Kenntnissen und nicht vorhandenen Fertigkeiten. Dies führt zwangsläufig zum Rückzug, und der Schmerzpatient bleibt somit alleingelassen und unzureichend schmerztherapeutisch versorgt. Um diesem Mangel auf Dauer zu begegnen, ist es dringend erforderlich, die schmerztherapeutischen Grundlagen bereits in der Ausbildung zu vermitteln.

Zur Bedarfsermittlung bzw. zum Stellenwert der Ausbildung in der Pflege führte der AK Krankenpflege und med. Assistenzberufe der DGSS 1994 eine Befragung an 400 Krankenpflegeschulen in der Bundesrepublik Deutschland durch; die Rücklaufquote betrug 21% (84 Schulen).

Im Durchschnitt wurden 9 Unterrichtsstunden zum Thema Schmerz vermittelt. Da kein einheitliches Curriculum zur Verfügung steht, benutzten die Krankenpflegeschulen z. T. in selbst entwickeltes auf eigenen Erfahrungen basierendes Konzept zur Vermittlung der Lehrinhalte. Weiterhin wurde die Stundenanzahl als unzureichend erachtet.

Angewandte Curricula



Der Arbeitskreis hat als Konsequenz das vorliegende Curriculum erarbeitet, um das Thema Schmerz einheitlich mit mindestens 22 Unterrichtseinheiten in die Ausbildung zu integrieren. Grundlage ist die langjährige Erfahrung und hohe fachliche Kompetenz der Arbeitskreisteilnehmer in schmerztherapeutischen Einrichtungen, häuslichen Krankenpflegediensten und palliativen Bereichen.

Die folgenden internationalen Empfehlungen wurden dabei besonders berücksichtigt:
A Core Curriculum for Post-basic Course in Palliative Nursing, approved by the cancer and palliative care unit WHO, International council of nurses, Canada (1991)

IASP Curriculum zur Ärzteausbildung Tumorschmerztherapie (1995)

Basiscurriculum Palliative Care, Leitfaden zur Fortbildung Pflegender in der Betreuung sterbender Menschen, Schriftenreihe des Landes NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung, Kern, M.; Müller, M.; Aurnhammer, K, (1996)

Köln, im Juni 1998

Monika Thomm (Sprecherin des AK)

Christine Dame

Doris Grünewald

Martina Kern

Claudia Lohse

Dieter Märkert

Ines Schwarze

Rainer Vogel

Vorwort zur 2. Auflage

Zur Evaluierung des „Schmerztherapeutischen Basiscurriculums“ (SB) ist im Jahre 2002 ein doppelseitiger Fragebogen an 930 Krankenpflegesschulen verschickt worden. Von den 930 Fragebögen wurden 198 ausgefüllt und zurückgeschickt. 124 Schulen war das SB bekannt, 92 davon nutzen es in der Ausbildung. Hauptsächlich wird das Thema Schmerz als Unterrichtsgegenstand im Mittelkurs der Erwachsenenkrankenpflege (69%) gelehrt. In den Fächern Krankenpflege (95%) gefolgt von Pharmakologie (77%) und spezielle Krankheitslehre (59%) ist Schmerz mit dem Themenschwerpunkt Onkologie, Traumatologie und nicht tumorbedingten Schmerzsymptomen integriert. Die am häufigsten vermittelten Lehrinhalte beziehen sich auf die Klassifikation der unterschiedlichen Schmerzarten (94%) und die medikamentöse Schmerztherapie (87%). Die geforderten 22 Unterrichtseinheiten werden von der Mehrzahl (66%) der Befragten als ausreichend erachtet, sind jedoch leider mit dem im Lehrplan vorgesehenen wenigen Unterrichtseinheiten nicht umsetzbar. Sowohl die inhaltliche Verständlichkeit als auch die vorgegebenen Themen des SB werden als positiv oder ausreichend bewertet. Mehrfach wurde vorgeschlagen, alternative Verfahren wie z. B. die naturheilkundliche Schmerztherapie aufzugreifen. 36% der befragten Schulen nutzen als Unterrichtsgegenstand andere Curricula, 29% das Oelke-Curriculum und 22% setzen selbsterarbeitete Curricula ein, die auf eigenen Erfahrungen und Erkenntnissen basieren.

Aufgrund der niedrigen Rücklaufquote ist nicht sicher, wie repräsentativ diese Aussagen für die Deutsche Krankenpflege sein können. In der Umfrage werden jedoch eine hohe Akzeptanz und eine deutliche Zustimmung zum Curriculum ersichtlich.

Die völlig überarbeitete und erweiterte Auflage ist in zwei Teile gegliedert: in ein Basis- und ein Aufbaucurriculum mit insgesamt 40,5 Unterrichtseinheiten (UE). Das Basiscurriculum (22,5 UE) oder Teile des Basiscurriculums können je nach Zeitkontingent der einzelnen Krankenpflegesschulen für die Ausbildung der Schüler eingesetzt werden.

Somit ist vorliegendes Curriculum nicht nur für die Krankenpflegeausbildung nutzbar, sondern darüber hinaus dient es als Ausbildungsstandard zur zertifizierten „Algesiologischen Fachassistenz“ der DGSS.

Mit der Durchführung des Schulungsprogramms bzw. zur Vermittlung der Lerninhalte sollten in erster Linie qualifizierte speziell ausgebildete Pflegekräfte betraut werden. Teilsequenzen wie die Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes (Block 1), die psychologischen Aspekte (Block 7) und die physikalische Medizin und Rehabilitation (Block 9) müssen entsprechend von

Medizinern, Psychologen und Physiotherapeuten vermittelt werden. Für die Vermittlung der medikamentösen Schmerztherapie (Block 4) ist ein Mediziner zu empfehlen.

Literatur

DNQP (2005) *Expertenstandard - Schmerzmanagement in der Pflege*. Fachhochschule Osnabrück.

MARIE, B. (2002) *Core Curriculum for Pain Management Nursing*. W.B. Saunders Company

OELKE, U. (2002) *Gemeinsame Pflegeausbildung*, Bern.

IASP (2006) *Outline Curriculum on Pain for Schools of Nursing*.

Köln, im März 2006

Monika Thomm (Sprecherin des AK)

Doris Grünewald

Eveline Löseke

Petra Paul

Wir danken Frau Silvia Schulz und Herrn Markus Heisel für ihre konstruktiven Vorschläge bei der Überarbeitung des Curriculums.

Vorwort zur 5. Auflage

Die aktualisierte 5. Auflage ist weiterhin in ein Basis- und ein Aufbaucurriculum gegliedert mit insgesamt 41,5 Unterrichtseinheiten (UE=45 min). Sowohl die Inhalte des Expertenstandards bei akuten Schmerzen (2011) als auch die Inhalte des Expertenstandards bei chronischen Schmerzen (2014) finden in der Vermittlung der einzelnen Blöcke/Module des Curriculums Berücksichtigung.

Zum besseren Verständnis, zur Handhabung und Umsetzung der BESD-Skala (Beurteilungsbogen von Schmerzen bei Demenz) steht seit März 2014 die Verfilmung dieses Beurteilungsbogens als download auf der Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft (dgss.org) kostenfrei zur Verfügung. Das Erstellen dieses Schulungsfilms beruht auf der Initiative unseres Arbeitskreises in Kooperation mit dem Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft.

Zur Qualitätssicherung werden nach Absolvierung des Basis- und Aufbaukurses eine schriftliche Evaluierung und eine Lernerfolgskontrolle im multiple choice Verfahren durchgeführt.

Der Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerzmedizin der Deutschen Schmerzgesellschaft führt seit dem Jahre 2001 den zertifizierten Weiterbildungskurs zur „Algesiologischen Fachassistenz“ mit Erfolg durch. Durch das immer größer werdende Interesse der Pflegenden, ihre Fachkompetenz im Schmerzmanagement zu erweitern, haben wir diese pflegespezifische Weiterbildung bundesweit vernetzt. Insgesamt sind mehr als 5000 Pflegende zur „Algesiologischen Fachassistenz“ ausgebildet.

Köln, im April 2014

Monika Thomm (Sprecherin des Arbeitskreises Krankenpflege und med. Assistenzberufe)
monika.thomm@uk-koeln.de

Doris Grünewald
Eveline Löseke
Dieter Märkert
Petra Paul (stellvertretende Sprecherin)
Nathalie Schlegel
Birgit Wolff

Zielsetzung

- Das Curriculum dient als Hilfestellung für Lehrende, um aus dem Gesamtkomplex Schmerz Themenschwerpunkte für die Aus-, Weiter- und Fortbildung auszuwählen.
- Es soll dazu beitragen, die pflegerischen Kompetenzen zu erweitern und nicht zuletzt die Qualitätssicherung in der Versorgung aller akuten und chronischen Schmerzpatienten sicher zu stellen.
- Eine weitere wichtige Zielsetzung ist es, die Teilnehmer zu befähigen, den Schmerzpatienten und seine Angehörigen zu informieren, zu schulen und zu beraten (Patientenedukation!) unter Aufrechterhaltung seiner Autonomie, um ihn aus der Rolle des Patienten in die Rolle des Experten seiner eigenen Gesundheit zu führen.

Didaktischer Aufbau

Die Vermittlung der Themen ist jeweils in 4 Teile gegliedert:

1. Lernziele/-inhalte
2. Einstellung /Haltung
3. Fertigkeiten/Können/Schulen
4. Medien

Die Gliederung in 4 Bereiche erscheint sinnvoll, da es im Bereich der Schmerzmedizin nicht ausschließlich um das Vermitteln von theoretischem Grundwissen geht, sondern auch zur Überprüfung der eigenen Einstellung und des Bewusstseins zum Thema Schmerz.

Inhaltsverzeichnis:	Unterrichts- einheiten (UE)	Seite
Basiscurriculum		
Block 1	1 UE	14
• Grundlagen – Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes		
Block 2	1 UE	16
• Schmerzarten		
Block 3	2 UE	18
• Schmerzeinschätzung und -dokumentation bei chronischen Schmerzpatienten		
• Planungs- und Koordinationskompetenzen		
• Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen		
Block 4	6 UE	21
• Medikamentöse Schmerztherapie:		
➤ Nichtopioide, Opioide, Adjuvantien (Koanalgetika, Begleitmedikamente) bei tumor- und nichttumorbedingten Schmerzen		
➤ Therapeutische Grundprinzipien und Schmerzarten		
➤ Nebenwirkungsmanagement		
Block 5	4 UE	24
• Akutschmerztherapie:		
➤ Schmerzeinschätzung und -dokumentation bei akuten Schmerzen		
➤ Organisation eines Akutschmerzdienstes		
➤ Überwachung		
➤ Regionalanästhesieverfahren		
➤ Externe Medikamentenpumpen, PCA		
➤ Workshop - Pumpendemonstration		
Block 6	3 UE	26
• Invasive Schmerztherapie:		
➤ Blockadetechniken		
➤ Neurostimulationsverfahren		
➤ Implantierbare Medikamentenpumpen und Ports		
➤ Notfallbehandlung von Zwischenfällen bei schmerztherapeutischen Interventionen		

	Unterrichts- einheiten (UE)	Seite
Block 7	3,5 UE	28
<ul style="list-style-type: none"> • Psychologische Aspekte des Schmerzes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Das Bio-psycho-soziale Schmerzmodell ➤ Verarbeitungsebenen des Schmerzes ➤ Somatoforme Schmerzstörung, Somatisierungsstörung ➤ Komorbidität: Angst, Depression, Sucht ➤ Psychologische/psychotherapeutische Therapieverfahren 		
Block 8	2 UE	30
Multimodales Therapiekonzept Pfleger als Kotherapeuten		

Aufbaucurriculum	Unterrichts- einheiten (UE)	Seite
Block 9	5 UE	33
Nichtmedikamentöse Therapieverfahren:		
➤ Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)		
➤ Akupunktur		
➤ Physikalische Medizin und Rehabilitation		
➤ Naturheilkundliche Verfahren (NHV)		
Block 10	8 UE	40
• Akute und chronische nichttumorbedingte Schmerzsyndrome:		
➤ Kopf-, Gesichtsschmerzen		
➤ Rückenschmerzen		
➤ Fibromyalgiesyndrom		
Neuropathische Schmerzen:		
➤ Zosterneuralgie		
➤ Stumpf- und Phantomschmerzen		
➤ Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)		
Block 11	2 UE	44
• Schmerzmanagement beim alten und demenziell erkrankten Menschen		
Block 12	1 UE	47
• Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen		
Block 13	2 UE	49
• Tumorschmerz:		
➤ Spezifische Besonderheiten der medikamentösen Therapie		
➤ Symptomkontrolle		
➤ Palliativmedizin		

	Unterrichts- einheiten (UE)	Seite
Block 14	1 UE	52
• Lernerfolgskontrolle Evaluierung		
Block 15		
• Organisationsformen (fakultativ)		

Stundenplan: Schmerztherapeutisches Curriculum für die Pflege

Themen	B = Basiscurriculum, A = Aufbaucurriculum	Dauer/ (Einheit à 45 Min)	
Grundlagen - Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes Schmerzarten	Block 1+2 B	1 Std 30 Min	90' (2 UE)
Schmerzeinschätzung und -dokumentation bei chronischen Schmerzpatienten Planungs- und Koordinationskompetenzen Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen	Block 3	1 Std 30 Min	90' (2 UE)
Medikamentöse Schmerztherapie: Nichtopioid, Opioide, Adjuvantien (Koanalgetika, Begleitmedikamente) bei tumor- und nichttumorbedingten Schmerzen Therapeutische Grundprinzipien und Schmerzarten Nebenwirkungsmanagement	Block 4 B	4 Std 30 Min	270' (6 UE)
Akutschmerztherapie: Schmerzeinschätzung und -dokumentation bei akuten Schmerzen Organisation eines Akutschmerzdienstes Überwachung Regionalanästhesieverfahren Externe Medikamentenpumpen, PCA Workshop - Pumpendemonstration	Block 5 B	3 Std	180' (4 UE)
Invasive Schmerztherapie: Blockadetechniken Neurostimulationsverfahren Implantierbare Medikamentenpumpen, Ports Notfallbehandlung von Zwischenfällen bei schmerztherapeutischen Interventionen	Block 6 B	2 Std 15 Min	135' (3 UE)
Psychologische Aspekte des Schmerzes: Das Bio-psycho-soziale Schmerzmodell Verarbeitungsebenen des Schmerzes Somatoforme Schmerzstörung, Somatisierungsstörung, Komorbidität: Angst, Depression, Sucht Psychologische/psychotherapeutische Therapieverfahren	Block 7 B	2 Std 30 Min	150' (3,5 UE)
Multimodales Therapiekonzept Pflegerische als Kotherapeuten	Block 8 B	1 Std 30 Min	90' (2 UE)
	Summe B	16 Std 50 Min	22.5 UE

Aufbaucurriculum A			
Nichtmedikamentöse Therapieverfahren: Physikalische Medizin und Rehabilitation Naturheilverfahren (NHV) Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) Akupunktur	Block 9 A	1 Std 30 Min 2 Std 15 Min	90' 135' (5 UE)
Akute und chronische nichttumorbedingte Schmerzsyndrome : Kopf-, Gesichtsschmerzen Rückenschmerzen Fibromyalgiesyndrom Neuropathische Schmerzen: Zosterneuralgie Stumpf- und Phantomschmerzen Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)	Block 10 A	6 Std	360' (8 UE)
Schmerzmanagement beim alten und demenziell erkrankten Menschen	Block 11 A	1 Std 30 Min	90' (2 UE)
Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen	Block 12 A		45' (1 UE)
Tumorschmerz: Spezifische Besonderheiten der medikamentösen Therapie Symptomkontrolle Palliativmedizin	Block 13 A	1 Std 30 Min	90' (2 UE)
Lernerfolgskontrolle im multiple choice Verfahren, Evaluierung	Block 14 A		45' (1 UE)
	Summe A	14 Std	19 UE
	Summe B	16 Std 45 Min	22,5 UE
	Summe insgesamt A/B	30 Std 45 Min	41,5 UE

Grundlagen - Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes

1 Unterrichtseinheit

Lernziele/-inhalte

“Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller und potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (International Association for the Study of Pain, IASP). D. h., dass sowohl ein somatisches als auch ein psychosomatisches Krankheitsbild vorliegen kann. Das Schmerzerleben hat einen Krankheitswert auch ohne eine entsprechende Organschädigung.

- Schmerzentstehung
- Schmerzleitung
- Schmerzverarbeitung
- Körpereigene Schmerzhemmung

Einstellung/Haltung

- Bewusstsein, dass Schmerz ein mehrdimensionales Geschehen ist (bio-psycho-sozial)
- Bewusstsein, dass die Schmerzwahrnehmung individuell erlebt wird

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Kenntnis pathophysiologischer Grundlagen
- Kenntnis der Schmerzmechanismen
- Kenntnis der körpereigenen schmerzhemmenden Stoffe (Endorphine) und Schmerzhemmbahnen

Literatur und weiterführende Literatur

BRUNE K., BEYER A., SCHÄFER M. (2001) Schmerz. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York

HATZENBÜHLER M., FRESENIUS M., HECK M., BENRATH J. (2012) Repetitorium Schmerztherapie. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York

HANDWERKER H.O. (1998) Einführung in die Pathophysiologie des Schmerzes. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York

JUNKER U., NOLTE U. (2005) Grundlagen der Speziellen Schmerztherapie. Urban & Vogel Verlag, München

LIKAR R., BERNATZKY G., MÄRKERT D., ILIAS W. (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Springer Verlag, Wien

- MELZACK R., WALL PD.** (1965) Pain mechanisms: a new theory. In Science, vol. 150, pp. 97-99.
- MELZACK R., CASEY K.** (1968) Sensory, motivational and central control determinants of pain. In The Skin Senses, pp. 423-443
- McMAHON S., KOLTZENBURG M., TRACEY I., TURK D.C.** (2013) Wall & Melzack`s Textbook of Pain, 6th Edition. Elsevier Verlag
- SCHOCKENHOFF B.** (2002) Spezielle Schmerztherapie. Urban Fischer Verlag, München/Jena
- THOMM M.** (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin
- ZENZ M., JURNA I.** (2001) Lehrbuch der Schmerztherapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

<p style="text-align: center;">Block 2 Schmerzarten 1 Unterrichtseinheit</p>

Lernziele/-inhalte

- Definition des Begriffes akuter Schmerz: „Er ist ein Warnsignal, der auf eine akute Gefahr hinweist“
- Die IASP gibt keine klare Definition des chronischen Schmerzes an. Die eine Definition sagt, dass dann ein Schmerz als chronisch gilt, wenn er den Zeitraum überdauert, in dem normalerweise eine zu erwartende Heilung stattfindet, die andere pragmatische Definition fordert eine Mindestdauer von 3-6 Monaten. Rein zeitliche Definitionen haben in der Praxis jedoch keine große Relevanz. Relevant für die Praxis ist die Dokumentation des zeitlichen Verlaufs von Schmerzen.
- Nozizeptorschmerz
- Neuropathischer Schmerz
- Viszeraler Schmerz
- Übertragener Schmerz (Head-Zone)
- Zentraler Schmerz
- Gemischter Schmerz (Mixed Pain)

Einstellung/Haltung

- Die Schmerzen des Patienten als dessen persönliche Erfahrung vorbehaltlos akzeptieren
- Einsicht, dass Schmerzsymptome im ganzheitlichen Kontext gesehen werden müssen
- Bewusstsein, sich Zeit für ein persönliches Gespräch zu nehmen („Klagestunde“)

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Kenntnis der unterschiedlichen Schmerzursachen und Differenzierung der Schmerzwahrnehmung
- Kenntnis der Definition von akutem (z. B. durch eine Verletzung entstandenem) und chronischem Schmerz
- Kenntnis, dass der Nozizeptorschmerz durch Verletzung oder entzündliche Gewebeschädigung entstehen kann
- Kenntnis, dass der neuropathische Schmerz z. B. durch Druck auf einen Nerven nach einem Bandscheibenvorfall (Ischiasschmerz) oder nach einer z. B. Herpes Zoster Infektion (Zosterneuralgie, postzosterische Neuralgie) entstehen kann
- Kenntnis, dass der zentrale Schmerz, auch Thalamusschmerz genannt, nach Verletzungen des Zentralnervensystems auftreten kann
- Kenntnis, dass der viszerale Schmerz in den Eingeweiden, z. B. in Brust- oder Bauchraum entstehen kann

- Kenntnis, dass der übertragene Schmerz in andere Körperregionen projiziert werden kann, z. B. bei Auftreten von Leberkapselschmerzen bei Lebertumoren. Der Patient verspürt seinen Schmerz nicht im rechten Unterbauch, sondern in der rechten Schulter oder im Rückenbereich → Head'sche Zonen
- Kenntnis, dass der Mixed Pain an einer Schmerzlokalisierung unterschiedliche Schmerzarten aufweist

Literatur und weiterführende Literatur

DIENER, H. C., MAIER, C. (2008) Das Schmerz-Therapie-Buch, 3., überarbeitete Auflage, Urban und Schwarzenberg, München, Wien

DNQP (1. Aktualisierung 2011) Expertenstandard - Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

DNQP (2014) Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

SCHOCKENHOFF B. (2002) Spezielle Schmerztherapie. Urban Fischer Verlag, München/Jena

STRIEBEL H. W. (2001) Therapie chronischer Schmerzen. Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart

THOMM M. (2005) Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

ZENZ M., JURNA I. (2001) Lehrbuch der Schmerztherapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Block 3
Schmerzeinschätzung und -dokumentation bei chronischen Schmerzpatienten
Planungs- und Koordinationskompetenzen
Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen
2 Unterrichtseinheiten

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis des Schmerzassessments bei chronischen Schmerzen: subjektive und objektive Verfahren
- Kenntnis im Umgang mit eindimensionalen und mehrdimensionalen Schmerzerfassungsinstrumenten, z. B. visuelle Analogskala (VAS) numerische Rangskala (NRS), verbale Rangskala (VRS), kinderspezifische Skalen → Block 12, Beurteilungsbögen bei demenziell Erkrankten → Block 11, tumorspezifische Schmerzerhebungsbögen (HOPE), Schmerzerfassungsskala (SES)
- Kenntnis der Erhebung einer Schmerzanamnese
- Differenzierung einer stabilen oder einer instabilen Schmerzsituation
- Koordination des Behandlungsplans im multiprofessionellen Team
- Kenntnis über das Stadienmodell der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen
- Kenntnis von Dokumentationsmöglichkeiten, z. B. Fragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
- Schulung und Beratung des Patienten und der Angehörigen im Schmerzmanagement

Einstellung/Haltung

- Einsicht, dass die Schmerzmessung eine Methode darstellt, das subjektive Schmerzempfinden des Patienten zu objektivieren. Dabei ist zu beachten, dass die Art, wie Schmerzen ausgedrückt werden, durch Probleme und Belastungen des Patienten beeinflusst sein kann, z. B. Angst, Schuldgefühle, Depression und/oder soziale Notlagen
- Einsicht, dass Schmerzsymptome einerseits differenziert erhoben, andererseits aber auch in einem ganzheitlichen Kontext gesehen werden müssen (bio-psycho-soziales Modell)
- Uneingeschränkte Akzeptanz der individuellen Schmerzeinschätzung des Patienten
- Einsicht, dass die Fremdeinschätzung z. B. durch Professionelle subjektiv ist
- Selbsteinschätzung geht vor Fremdeinschätzung
- Einsicht, dass die Schmerzmessung und -dokumentation ein wesentliches Instrument zur Diagnostik, Therapieeinleitung und -kontrolle ist

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Anwendung von verschiedenen Schmerzmessinstrumenten: die deskriptive Skala (VRS = verbale Rangskala) verwendet schmerzbeschreibende Adjektive in Stufen

zunehmender Schmerzintensität, die visuelle Analogskala (VAS) markiert die Schmerzintensität auf einer 10 cm langen Linie und die numerische Rangskala (NRS) beschreibt die Schmerzintensität durch Zahlen zwischen 0 bis 10

- Erkennen, dass der Schmerzpatient häufig mehrere Schmerzlokalisationen haben kann
- Dokumentation der erhobenen Schmerzparameter
- Differenzierung von Ruhe- und Belastungsschmerz
- Umsetzung des Behandlungsplans im multiprofessionellen Team

Medien

Exemplarische Dokumentationssysteme

- Pflegeanamnesebogen, Schmerzprotokoll, Überwachungsbogen, Verlaufsprotokoll für den akuten und chronischen Schmerz, Qualitätssicherung in der Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft (QUAST)
- Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS)
- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)
- Schmerztagebücher (Papierform und/oder elektronisch)
- Aktivitätentagebuch
- Kopfschmerzkalender
- Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft (DSF)
- Schmerzskaalen: ein- und mehrdimensionale Erfassungsinstrumente
- Stadienmodell zur Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen
- Pain detect – Screeninginstrument zur Identifikation neuropathischer Komponenten Pfizer Pharma GmbH

Literatur und weiterführende Literatur

BARON R., STRUMPF M. (2007) Praktische Schmerztherapie. Springer Medizin Verlag, Heidelberg

BASLER HD et al. (2003) Psychologische Schmerztherapie. 5. Auflage Springer Verlag, Heidelberg New York

DNQP (2011) Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

DNQP (2014) Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

ELOISE C. J., CARR E., MANN E. M., OSTERBRINK J. (2002) Schmerz und Schmerzmanagement - Praxishandbuch für Pflegeberufe. Hans Huber Verlag, Bern

GERBERSHAGEN H U., KORB J., NAGEL B., NILGES P. (1986) Das Mainzer Stadiensystem der Schmerzchronifizierung – Mainz Pain Staging System (MPSS)

KRÖNER-HERWIG B. et al. (2010) Schmerzpsychotherapie: Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder – Behandlung. Springer Verlag

LIKAR R., BERNATZKY G., MÄRKERT D., ILIAS W. (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Springer Verlag, Wien

- MCCAFFERY M., BEEBE A., LATHAM J. (1997)** Schmerz - Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Urban Fischer Verlag, Berlin/Wiesbaden
- PIOCH E. (2009)** Schmerzdokumentation in der Praxis. Springer Verlag, Berlin New York
- SCHMITT N. (1990)** The Mainz pain staging system (MPSS) for chronic pain. Pain 5 Suppl S 484
- TESTZENTRALE GÖTTINGEN (2013)** Testkatalog 2012/2013. Hogrefe, Göttingen
- THOMM M. (2005)** Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- THOMM M. (2011)** Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin
- ZENZ M., JURNA I. (2001)** Lehrbuch der Schmerztherapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Block 4
Medikamentöse Schmerztherapie:
Nichtopioide, Opioide, Adjuvanzien (Koanalgetika, Begleitmedikamente)
bei tumor- und nichttumorbedingten
Schmerzen
Therapeutische Grundprinzipien und Schmerzarten
Nebenwirkungsmanagement
6 Unterrichtseinheiten

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis pharmakologischer Grundlagen von Analgetika, Koanalgetika und Begleitmedikamenten
- Kenntnis über Wirkungseintritt, Nebenwirkungen, Begleitsymptome und Komplikationen der eingesetzten Medikamente
- Kenntnis der verschiedenen Arten von Applikationsformen: oral, i.m., i.v., subkutan, rektal, sublingual, transdermal, nasal, topisch (Capsaicin, Lidocain), rückenmarksnah (peridural, intrathekal)
- Kenntnis über die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen bei den jeweiligen Schmerzarten

Einstellung/Haltung

- Bewusstsein, dass der Tumorschmerzpatient eine analgetische Therapie benötigt, auch starke Opioide wie z. B. Morphin
- Bewusstsein, dass der chronische nichttumorbedingte Schmerzpatient –bei richtiger Indikationsstellung- mit Opioiden behandelt werden kann
- Einsicht, dass Opioide bei richtiger Indikation und regelgerechter Einnahme, d.h. regelmäßig und nicht bei Bedarf, in der Regel keine Sucht erzeugen
- Einsicht, dass bei z. B. neuropathischen Schmerzen die Verordnung von Koanalgetika wie Antidepressiva, Antikonvulsiva, notwendig ist
- Einsicht, dass der Einsatz von Begleitmedikamenten wie Antiemetika und Laxanzien bei einer Opioidtherapie notwendig sein kann
- Akzeptanz, dass das Ziel einer systemischen Pharmakotherapie nicht zwangsläufig Schmerzfreiheit beinhaltet, sondern dass eine Schmerzlinderung als realisierbares Therapieziel anzustreben ist
- Das Wissen darum, dass ein chronischer, nichttumorbedingter Schmerzpatient multimodal behandelt werden muss (Komorbidität) → Block 8
- Einsicht, dass der Schmerzpatient trotz eines guten analgetischen Effekts wegen therapiebedingter Nebenwirkungen, z. B. Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden oder Schwindel die Analgetikatherapie ablehnt

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Beherrschen der Grundprinzipien des WHO-Stufenschemas
- Sicherheit im Umgang mit Analgetika
- Kenntnis der Wirkmechanismen von peripher, zentral und nasal und topisch applizierten Medikamenten
- Erkennen, Dokumentieren und Behandeln von Nebenwirkungen, wie z. B. Obstipation, Übelkeit und Erbrechen und Komplikationen, beispielsweise Allergien im Rahmen pflegerischer Handlungskompetenz
- Fertigkeit, den Patienten und die Angehörigen auf die Notwendigkeit zur Einhaltung der ärztlich angeordneten Therapie wie z. B. die regelmäßige Medikamenteneinnahme zu sensibilisieren
- Schulungs- und Beratungskompetenzen

Medien

- Umrechnungstabellen, -lineale

Literatur und weiterführende Literatur

BARON R., STRUMPF M. (2007) Praktische Schmerztherapie. Springer Medizin Verlag, Heidelberg

BEUBLER E. (2012) Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie. Springer Verlag, Wien

BRAUNE, G. u. a. (2013) Schmerztherapie: Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung. Themenbereich Pflegepraxis. Kohlhammer Verlag Stuttgart

DIENER H.C., MAIER CH. (2011) Die Schmerztherapie. Urban & Fischer bei Elsevier

DNQP (1. Aktualisierung 2011) Expertenstandard - Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

DNQP (2014) Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

ELOISE C. J., CARR E., MANN E. M. , OSTERBRINK J. (2011) Schmerz und Schmerzmanagement- Praxishandbuch für Pflegeberufe. Hans Huber Verlag, Bern

FREYE E. (2010) Opiode in der Medizin. Springer Verlag, Berlin

SCHOCKENHOFF B. (2002) Spezielle Schmerztherapie. Urban Fischer Verlag, München/ Jena

STRIEBEL H. W. (2001) Therapie chronischer Schmerzen. Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart

S3-LEITLINIE (2009) Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen (LONTS). Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) und 14 Fachgesellschaften AWMF- Registernummer 041/003 AWMF- online

THOMM M. (2005) Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

World Health Organisation (1986) Cancer pain relief, Genf

ZENZ M., JURNA I. (2001) Lehrbuch der Schmerztherapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Block 5
Akutschmerztherapie:
Schmerzeinschätzung und –dokumentation bei akuten Schmerzen
Organisation eines Akutschmerzdienstes
Überwachung
Regionalanästhesieverfahren
Externe Medikamentenpumpen, PCA: PCIA, PCEA
Pumpendemonstration
4 Unterrichtseinheiten

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis des Schmerzassessments bei akuten Schmerzen
- Kenntnis von Organisationsmodellen
- Kenntnis verschiedener Therapieverfahren: Patientenkontrollierte Analgesie (PCA: **P**atient **C**ontrolled **A**nalgesia → PCIA: **P**atient **C**ontrolled **I**ntravenous **A**nalgesia, PCEA: **P**atient **C**ontrolled **E**pidural **A**nalgesia)
- Kenntnis von Wirkung und Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente und Verfahren
- Überwachung und Dokumentation
- Kenntnis über Notfallequipment und -medikamente sowie deren Umgang
- Kenntnis der Verfahrensregelung bei Komplikationen

Einstellung/Haltung

- Sensibilität für die Tatsache, dass der postoperative Schmerz behandelbar ist und behandelt werden muss (der Patient hat ein Recht auf eine adäquate Schmerztherapie → § 223 StGB)
- Bereitschaft, den Patienten, das ärztliche und pflegerische Personal als Partner für die Gestaltung der postoperativen Schmerztherapie zu gewinnen und zu akzeptieren
- Bereitschaft, eigene Kompetenzgrenzen zu erkennen

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Einleiten der Therapieverfahren nach ärztlicher Anordnung anhand vorhandener Standards
- Cut-Off Punkte für das Einleiten bzw. Anpassen der Schmerztherapie definieren (in Ruhe > 3/10 unter Belastung > 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS))
- Sicherheit im Umgang mit den eingesetzten Verfahren und Geräten
- Pflege und Kontrolle der verwendeten Katheter wie z. B. Peridural- und/oder Intrathekalkatheter, Plexuskatheter
- Überwachung und Interpretation der erhobenen Messwerte

- Weitergabe der laufenden Schmerztherapie und der notwendigen Überwachung an die behandelnden Kollegen und Ärzte
- Schulung des Patienten, sich bei Komplikationen und Problemen zu melden
- Sicheres Vorgehen und zielorientiertes Handeln bei Komplikationen

Medien

- Externe Medikamentenpumpen, Katheter, z. B. PDK, Plexuskatheter
- DVD Regionalanästhesie
- Dokumentationssysteme, z. B. Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS)

Literatur und weiterführende Literatur

BRAUNE G. u. a. (2013) Schmerztherapie: Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung. Themenbereich Pflegepraxis. Kohlhammer Verlag Stuttgart

BRAUNE G., HEYMANN A. (2012) Der Akutschmerzdienst - Ratgeber für Pflegende und Ärzte in der perioperativen Therapie. Verlag Dustri

DNQP (2011). Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

LEHMANN K. (1994) Der postoperative Schmerz. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg

LEHMANN K., KLASCHIK E. (1991) On-demand Analgesie. Wissenschaftliche Verlagsabteilung Abbott GmbH, Wiesbaden

LIKAR R., BERNATZKY G., MÄRKERT D., ILIAS W., (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Springer Verlag, Wien/New York

KORCZAK D. (2013) Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen, Schriftenreihe Health Technology Assessment. Bd.126 DIMDI Köln

MEISSNER W. (2011) Akutschmerz Taschenbuch. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

NHMRC (National Health And Medical Research Council) (2010) Acute Pain Management: scientific evidence. www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp104

S3-LEITLINIE (2007/2009) Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und weitere Fachgesellschaften

AWMF- Registernummer 041/001 AWMF- online

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

Block 6
Invasive Schmerztherapie:
Blockadetechniken
Implantierbare Medikamentenpumpen, SCS-Systeme, Ports
Notfallbehandlung von Zwischenfällen bei schmerztherapeutischen Interventionen
3 Unterrichtseinheiten

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis der anatomischen Grundlagen bei Durchführung von Regionalanästhesieverfahren, z. B. Spinal- und/oder Periduralanästhesien, ganglionärer Opioidapplikation (GLOA), Stellatumblockade
- Kenntnis der Indikationen, Kontraindikationen, Wirkung, Nebenwirkungen und Komplikationen
- Kenntnis pharmakologischer Grundlagen der eingesetzten Medikamente wie z. B. Lokalanästhetika, Neurolytika, Opioide, Kortikoide
- Kenntnis verschiedener Applikationswege wie z. B. rückenmarksnah, ganglionär, systemisch
- Kenntnis von speziellen invasiven Verfahren wie z. B. interne (intrathekale) Medikamentenpumpen, SCS (spinal cord stimulation)
- Kenntnis über Notfallequipment und -medikamente sowie deren Umgang
- Kenntnis der Verfahrensregelungen bei Komplikationen

Einstellung/Haltung

- Einsicht, dass invasive schmerztherapeutische Verfahren eine weitere Therapiemöglichkeit darstellen
- Sensibilität für die funktionalen und psychischen Beeinträchtigungen, z. B. Bewegungseinschränkungen, Veränderung des Körperbildes durch externe und/oder interne Medikamentenpumpen, Katheter, Elektroden
- Bereitschaft, eigene Kompetenzgrenzen zu erkennen

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Wissen um die Vor- und Nachbereitung der verschiedenen Regionalanästhesieverfahren
- Wissen um die Notwendigkeit und Inhalte der ärztlichen Aufklärung, über evtl. auftretende Nebenwirkungen und Komplikationen
- Wissen um entsprechende Lagerung und den Einsatz von Lagerungshilfen
- Überwachung und Dokumentation der Vitalzeichen

- Differenzierte Wahrnehmung und Dokumentation der Wirkung und Nebenwirkungen in Zusammenhang der eingesetzten Verfahren, wie z. B. Infektion, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Harnverhalt, Juckreiz
- Pflegerelevante Maßnahmen zur Behandlung der Nebenwirkungen einleiten
- Schulung des Patienten, seinen Schmerzverlauf vor, evtl. auch während und nach invasiven Maßnahmen auf einem Blockadeprotokoll zu dokumentieren
- Hilfestellung des Patienten bei vorübergehender körperlicher Beeinträchtigung, z. B. sensible und/oder motorische Ausfälle nach Blockaden
- Pflege und Kontrolle der eingesetzten Katheterverfahren
- Sichere Handhabung mit medizinisch technischen Geräten wie z. B. Herz-Kreislaufmonitoring, Pulsoxymeter, Schmerzpumpen
- Sicheres Vorgehen und zielorientiertes Handeln bei Komplikationen

Medien

- Anatomieatlas
- Materialien, die bei invasiven Maßnahmen zum Einsatz kommen z. B. implantierbare Medikamentenpumpen, Nadeln, Katheter
- Dokumentationssysteme

Literatur und weiterführende Literatur

- BIRNBAUM J., ALBRECHT R., (2008)** Ultraschallgestützte Regionalanästhesie. Springer Verlag, Berlin
- BÜTTNER J., MEIER G. (2010)** Periphere Regionalanästhesie und kontinuierliche Blockaden. Thieme Verlag, Stuttgart
- DNQP (2009)** Expertenstandard - Entlassungsmanagement in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück
- JANKOVIC D. (2007)** Regionalblockaden und Infiltrationstherapie. Lehrbuch und Atlas. ABW Wissenschaftsverlag GmbH
- NIESEL H-CH., VAN AKEN H. (2003)** Lokalanästhesie, Regionalanästhesie. Regionale Schmerztherapie. Thieme Verlag, Stuttgart
- S3-LEITLINIE (04/2010)** Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen. Deutsche Schmerzgesellschaft und weitere Fachgesellschaften (AWMF-Register Nr. 041/002) AWMF-online
- SCHÄFER R., REINHAR M. (2002)** Klinikleitfaden Anästhesie. Jungjohann Verlagsgesellschaft, Neckarsulm/Lübeck/Ulm
- THOMM M. (2005)** Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- THOMM M. (2011)** Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin
- TRAVEL J.G.,SIMONS D.G. (2002)** Handbuch der Muskel- Triggerpunkte. Urban& Fischer Verlag

Block 7
Psychologische Aspekte des Schmerzes:
Das Bio-psycho-soziale Schmerzmodell
Verarbeitungsebenen des Schmerzes
Somatisierungsstörung, somatoforme Schmerzstörung
Komorbidität: Angst, Depression, Sucht
Psychologische/psychotherapeutische Therapieverfahren
3,5 Unterrichtseinheiten

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis des Chronifizierungsprozesses
- Kenntnis der unterschiedlichen Verarbeitungsebenen des Schmerzes, z. B. kognitive und affektive Verarbeitung
- Wissen um psychosoziale, psychodynamische und verhaltenstherapeutische Aspekte in der Schmerztherapie
- Kenntnis psychometrischer Untersuchungsverfahren: ADS (**A**llgemeine-**D**epressions**S**kala), PDI (**P**ain **D**isability **I**ndex), SES (**S**chm**E**mfindungs**S**kala), DASS (**D**epression, **A**nxiety and **S**tress **S**cale)
- Kenntnis über Komorbiditäten, z. B. Angst, Depression, Sucht
- Kenntnisse über psychologische/psychotherapeutische Behandlungsverfahren, z. B. progressive Muskelrelaxation nach Jakobson, autogenes Training, Biofeedback, Imagination, Stressbewältigung

Einstellung/Haltung

- Bereitschaft, Schmerz als bio-psycho-soziales Gesamtereignis aufzufassen
- Erkenntnis, dass chronischer Schmerz ein starker Stressor ist und weitere belastende Konsequenzen herbeiführen kann
- Erkennen, dass Schmerz auch für die Familie des Patienten eine große Belastung darstellt
- Bereitschaft, krankheitsbedingte und vom Patienten selbst gesetzte Grenzen zu akzeptieren
- Erkenntnis, dass Schmerz eine subjektive Erfahrung ist
- Bereitschaft, eigene Kompetenzgrenzen zu erkennen

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Anwendung von Gesprächsstrategien, z. B. aktives Zuhören
- Kenntnis, dass der Schmerzkranken sich nicht mehr für seine Grunderkrankung interessiert, sondern sich ausschließlich auf seine Schmerzen konzentriert (Schmerzkrankheit)

- Kenntnis, dass der chronisch nichttumorbedingte Schmerzpatient wechselnde Beschwerden in verschiedenen Körperregionen aufweisen kann, ohne dass organische Ursachen gefunden werden, z. B. bei Somatisierungsstörungen
- Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien im Umgang mit Schmerzpatienten

Medien

- Übende Verfahren z. B. Edukation, Rollenspiel, Entspannungsverfahren nach Jakobson, Biofeedback, Visualisierung, Imagination, Genusstraining, Hypnose
- Operante Verfahren
- Kognitiv –verhaltenstherapeutische Verfahren

Literatur und weiterführende Literatur

BASLER H. et al. (2003) Psychologische Schmerztherapie. 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin

EGLE U. T., HOFFMANN S.O., LEHMANN K.A., NIX W.A. (2003) Handbuch chronischer Schmerz- Grundlagen- Pathogenese- Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht. Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart

HÜPPE M., FRETTLÖH J., GOCKEL H., ZENZ M. & MEIER C. (2011) Behandlungserfolg auch bei höherer Schmerzchronifizierung? Eine Auswertung des Mainzer Stadienmodells auf Basis der QUAST- Analysestichprobe. Der Schmerz, 25: 77-88

LIKAR C., BERNATZKY G., MÄRKERT D., ILIAS W. (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Springer Verlag, Wien

KRÖNER-HERWIG B., KLINGER R. , FRETTLÖH J., NILGES P. (2011) Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder – Behandlung. 7. vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage, Springer Verlag

S3-LEITLINIE (2012) Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden AWMF-Reg.-Nr. 051-001

SMITH G., MONSON R., RAY D. (1986) Psychiatric consultation in somatization disorder. New Engl. Journal of Medicine 314

THOMM M. (2005) Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

ZENZ M., JURNA I. (2001) Lehrbuch der Schmerztherapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

<p style="text-align: center;">Block 8 Multimodales Therapiekonzept Pflegende als Kotherapeuten 2 Unterrichtseinheiten</p>
--

Lernziele/-inhalte

- Definition: Die multimodale Therapie ist ein übergeordnetes konzeptgesteuertes Behandlungsverfahren, dem sich alle beteiligten Fachgebiete gemeinsam verpflichten
- Multimodal umfasst unterschiedliche Dimensionen → verschiedene Therapieansätze auf medizinischer, psychologischer und physiotherapeutischer Ebene
- 1. Medizinisch: z. B. Überprüfung und Optimierung der medikamentösen Schmerztherapie, Vermittlung von Wissen über Wirkung und Nebenwirkungen von Analgetika, Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells
- 2. Psychologisch: z. B. Vermittlung von Stressbewältigungsmechanismen, Entspannungs-, Imaginations- und Visualisierungsverfahren
- 3. Physiotherapeutisch/sporttherapeutisch: z. B. Ausdauertraining, gezielter Muskelaufbau, Verbesserung der Funktionalität, Atemtherapie und Körperwahrnehmung

- **Zielsetzung: Steigerung der Selbstpflegekompetenzen des Patienten**
- Beteiligung verschiedener Fachgebiete z. B. Anästhesie, Orthopädie, Psychologie/ Psychiatrie/Psychosomatik, Pflege, Physiotherapie
- Interdisziplinäres Konzept, z. B. gemeinsame Untersuchung und Erhebung von Befunden, transparente Kommunikation, regelmäßige Teambesprechungen, gemeinsame Verantwortung
- Multimodale Therapiekonzepte können ambulant, tagesklinisch oder stationär durchgeführt werden

Einstellung/Haltung

- Bewusstsein dafür, dass alle Beteiligten sich auf der gemeinsamen Ebene eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses bewegen sollten
- Das Wissen darum, dass das interdisziplinäre Team einer professionellen Qualifikation bedarf, z. B. die Zusatzbezeichnungen „Spezielle Schmerztherapie“ im ärztlichen Bereich, „Algesiologische Fachassistenz“ im pflegerischen Bereich und „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ im psychologischen Bereich

Fertigkeiten/Können/Schulen

Medizinisch:

- Beherrschen der Grundprinzipien des WHO-Stufenschemas

- Sicherheit im Umgang mit Analgetika und Adjuvantien wie Koanalgetika und Begleitmedikamente
 - Wissen um Wirkung und Nebenwirkungen der Analgetika
 - Schulung und Befähigung des Patienten zu einem rationalen Umgang mit Analgetika
- Psychologisch:
- Anwendung von Stressbewältigungs-, Entspannungs-, Imaginations- und Visualisierungsverfahren
 - Schulung des Patienten mit den Zielen einer verbesserten Funktionsfähigkeit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene im Alltag
- Physiotherapeutisch:
- Kenntnis über die Ziele und Wissen um die Wirkungsweise von ausgewählten Übungsprogrammen wie z. B. Rückenschule
 - Schulung und Beratung bei physiotherapeutischen Maßnahmen

Medien

HILDEBRANDT J., PFINGSTEN M., LÜDER S., LUCAN S., PAULS J., SEEGER D., STRUBE J., VON WESTERNHAGEN S., WENDT A. (2003)

Göttinger Rücken - Intensiv - Programm (GRIP). congress compact, Berlin

BASLER H., KRÖNER-HERWIG B. (2007) Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie.

Literatur und weiterführende Literatur

BASLER H., FRANZ C., KRÖNER-HERWIG B., REHFISCH H.P. (2003) Psychologische Schmerztherapie. Springer Verlag, Berlin

DNQP (2014). Expertenstandard - Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

EGLE U. T., DERRA C., NIX W., SCHWAB R. (1999) Spezielle Schmerztherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart/New York

EGLE U., HOFFMANN S., LEHMANN K., NIX W. (2003)

Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer Verlag, Stuttgart

GRALOW I. (2000) Psychosoziale Risikofaktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen. Der Schmerz 14 S 104-10

HILDEBRANDT J. (2000) Quantifizierung und Graduierung anhand des Mainzer Stadienmodells. Der Schmerz 14 S 10-17

HUBER H., WINTER E. (2006) Checkliste Schmerztherapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

KRÖNER-HERWIG B., KLINGER R., FRETLOH J., NILGES P. (2011)

Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder – Behandlung. 7. vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage, Springer Verlag

PFINGSTEN M. (2001) Multimodale Verfahren – auf die Mischung kommt es an! Der Schmerz 15 S 492-498

PFINGSTEN M. (2005) Multimodal – Was ist das überhaupt? Manuelle Medizin 43 S 80-84

SABATOWSKI R., KAISER, U. (2012) Multimodale Schmerztherapie Ein etabliertes Verfahren? Schmerz 26:644–646

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

VAN TULDER M.W., OSTELO R.W., VLAEYEN J.W., LINTON S.J., MORLEY S.J., ASSENDELFT W.J. (2004) Behavioral treatment for chronic low back pain. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library Issue 3 John Wiley & Sons Ltd Chichester U

Block 9

Nichtmedikamentöse Therapieverfahren:

1. **Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)**
2. **Akupunktur**
3. **Physikalische Medizin und Rehabilitation**
4. **Naturheilkundliche Verfahren (NHV)**

5 Unterrichtseinheiten

1. TENS

Lernziele/-inhalte

- Theoretische Grundlagen der TENS-Therapie
- Indikationen der TENS-Therapie
- Praktische Anwendung

Einstellung/Haltung

- Bewusstsein, dass die TENS-Therapie ein bewährtes Verfahren in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten darstellt
- Bewusstsein, dass TENS eine adjuvante Therapiemöglichkeit darstellt

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Anatomische Kenntnisse der Nervenverläufe
- Adäquate Elektrodenanlage im Bereich des schmerzhaften Körperareals oder im Nervenverlauf
- Einstellung der Stimulationsparameter z. B. kontinuierlich (hochfrequent), akupunkturähnlich (Burst-Stimulation), akupunkturartig (niederfrequent) Stimulationsparameter flexibel und individuell nutzen
- Kenntnis der Nebenwirkungen, z. B. allergische Reaktionen auf Elektroden
- Kenntnis der relativen Kontraindikationen, z. B. bei on-demand Herzschrittmacherimplantationen, Metallimplantaten → Elektroden nur metallfern platzieren
- Konsequente Einweisung in die Handhabung und Elektrodenplatzierung, wenn notwendig, Bezugspersonen integrieren

Medien

- TENS-Geräte mit entsprechenden Verbrauchsmaterialien (Elektroden, Kabel, TENS-Handschuh)

Literatur und weiterführende Literatur

- BRAUNE G.** et al. (2013) Schmerztherapie: Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung. Themenbereich Pflegepraxis. Kohlhammer Verlag Stuttgart
- ERIKSSON M. B. E., SJÖLUND B. H.** (1979) Transkutane Nervenstimulation zur Schmerzlinderung. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelberg
- NOAHAM K.E., KUMBANG J.** (2008) Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. Jul 16 3 CD003222 Review
- POTHMANN R.** (2010) TENS. Hippokrates Verlag, Stuttgart
- THOMM M.** (2005). Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- THOMM M., SCHLEGEL N., GRÜNEWALD D., LÖSEKE E., PAUL P.** (2008) Die transkutane elektrische Nervenstimulation. Eine multiprofessionelle Studie. Der Schmerz Suppl.2 S 97
- THOMM M.** (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin
- WALL P.D.** (1965) Pain mechanisms: a new theory. Science 150 S 97-99

2. Akupunktur

Lernziele/-inhalte

- Vorstellung von traditioneller chinesischer Medizin, z. B. Chi, Yin und Yang
- Indikation zur Akupunktur

Einstellung/Haltung

- Bewusstsein, dass unterschiedliche alternative Methoden in der Schmerztherapie sinnvoll sein können

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Beobachtung des Patienten während der Behandlung, z.B. auf stimulierende Wirkung
- Anatomische Kenntnisse über Meridiane und Akupunkturpunkte
- Kenntnisse über Nebenwirkungen und Kontraindikationen

Medien

- Akupunkturnadeln
- Akupunkturtafeln
- Ohr- und Ganzkörpermodell mit Akupunkturpunkten und Meridianen

Literatur und weiterführende Literatur

BRAUNE G. Et al. (2013) Schmerztherapie: Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung. Themenbereich Pflegepraxis (Naturheilkunde) Kohlhammer Verlag, Stuttgart

STUX- STILLER, G. (2008) Akupunktur. Lehrbuch und Atlas, Springer Verlag, Berlin

TEWES F. (2011) TCM und Akupunktur in Merksätzen. Haug Verlag, Stuttgart

3. Physikalische Medizin und Rehabilitation: Physiotherapie, manuelle Therapie, Massage, physikalisch - medizinische Therapieverfahren

Lernziele/-inhalte

- Beeinflussung der verschiedenen Ebenen der Schmerzentstehung und –weiterleitung durch Maßnahmen der Physikalischen Medizin
- Schmerz als Leitsymptom der Behandlungsverfahren der Physikalischen Medizin
- Ursachen und Risikofaktoren für akute und chronische Schmerzen
- Zusammenhänge erkennen zwischen dem aktiven und passiven Bewegen und der Wirkung auf den Schmerz
- Wissen um ausgewählte Behandlungskonzepte der Physikalischen Medizin zur Therapie von akuten und chronischen Schmerzen
- Prävention von z. B. Rückenschmerzen durch Ausgleichsübungen
- Kenntnisse in der Anamneseerhebung, z. B. „Was tut dem Patienten gut“ (Wärme, Kälte)?

Einstellung/Haltung

- Bewusstsein, dass die Physikalische Medizin einen gleichwertigen Stellenwert wie die medikamentöse, invasive und psychologische Schmerztherapie einnimmt
- Bewusstsein, dass Physiotherapie, Manuelle Medizin, Massage und physikalisch-medizinische Verfahren notwendige Therapieverfahren beim Schmerzpatienten darstellen
- Bewusstsein, welche physiotherapeutischen Verfahren den Patienten zur aktiven Mitarbeit motivieren und wann passive Maßnahmen einen Stellenwert haben

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Kenntnis über die Wirkungsweisen von Bewegung auf den verschiedenen Ebenen der Schmerzentstehung und -weiterleitung
- Kenntnis über die Ziele von ausgewählten Konzepten der Physikalischen Medizin zur Therapie von Schmerzen
- Kenntnis über ein ausgewähltes Übungsprogramm zur Vermeidung chronischer Schmerzen
- Eigenwahrnehmung der Wirkung von Dehnungen und Kräftigung im Rahmen eines Ausgleichsprogramms
- Motivation zur Bewegung/Aktivität ggf. unter Tolerierung der Schmerzen

Medien

- Demonstration und Durchführung von Eigenübungsprogrammen mit oder ohne Einsatz von Musik
- ggf. auch Einsatz von Kleingeräten

Literatur und weiterführende Literatur

FIALKA-MOSER V. (2013) Kompendium Physikalische Medizin und Rehabilitation. Springer Verlag Wien

HILDEBRANDT J., MÜLLER G., PFINGSTEN M. (2004) Lendenwirbelsäule Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Urban & Fischer bei Elsevier

HILDEBRANDT J., MANNION A.F., BROX J.I., KOVACS F., KLABER-MOFFET J., STAAL B. (2005) Evidence of the Efficacy of Exercise Therapy and Manual Therapy in the Management of Chronic Non-specific Low Back Pain – Presentation of the European Guidelines. Physioscience

KEMPF H.D. (2007) Die neue Rückenschule. Zeitschrift Physiopraxis, Stuttgart

KEMPF H.-D. (2007) Die „Neue“ Rückenschule. physioonline Georg Thieme Verlag, Stuttgart

KUNI B., SCHILTENWOLF M. (2009) Training Modules in Multidisciplinary Pain Therapy for Chronic Back Pain. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin

KYSELY H. (2008) Integrative Bewegungstherapie bei chronischem Schmerz. Physiotherapie med

LANGE A. (2003) Physikalische Medizin. Springer Verlag Berlin

LIKAR R., BERNATZKY G., MÄRKERT D., ILIAS W. (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Springer Verlag, Wien/New York

LÜDKE K. (2005) Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Zeitschrift Physiopraxis, Stuttgart

MIERSWA T., HASENBRING M., KLEINERT J., SUDHAUS S., LEVENIG C.,

BOLDT I. & KELLMANN M. (2013) Beeinträchtigung und Belastung durch Rückenschmerz bei Leistungssportlern und der Allgemeinbevölkerung. In: O. Stoll, A.

Lau & S. Moczall (Hrsg.), Angewandte Sportpsychologie, Abstractband zur 45. asp-Jahrestagung. Hamburg

NIEMIER K., SEIDEL W. (2011) Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungssystem. Springer Verlag, Berlin

SILBERNAGL S., DESPOPOULOS A., GAY R., ROTHENBURGER A. (2003) Taschenatlas der Physiologie. Stuttgart/ New-York

SCHÖPS P., SEEGER D. IN KRESS H.-D. (2005) Physikalische und Manuelle Therapie bei akuten und chronischen Schmerzen. Aktuelle Schmerztherapie. ecomed Medizin

SCHÜNKE M., SCHULTE E., SCHUMACHER U., VOLL M., WESKER K. (2007) Prometheus - Lernatlas der Anatomie. Stuttgart/New-York

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

WOICIECHOWSKY, C. (2014) Leitfaden postoperative Physiotherapie und Rehabilitation. Berlin

www.tk-online.de

www.physio.de

4. Naturheilkundliche Verfahren (NHV)

Lernziele/-inhalte

- Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung von naturheilkundlichen schmerztherapeutischen Verfahren, z. B. Ausleitungstherapie, Homöopathie, Kneipp'sche Verfahren, Neuraltherapie, Ordnungstherapie, Phytotherapie, Aromatherapie-,pflege
- Kenntnis über die Indikationen und Kontraindikationen der einzelnen Verfahren
- Kenntnis über die verschiedenen Applikationsformen, z. B. orale Zubereitungen wie z. B. Schüssler-Salze, Einreibungen, Wickel, Umschläge, Kompressen
- Kenntnis über Begleitsymptome und Nebenwirkungen der eingesetzten Maßnahmen
- Praktische Anwendung der einzelnen Verfahren
- Kenntnis, wann Schmerzzustände auf der Basis der NHV zu therapieren sind
- Kenntnis, dass die NHV über einen langen Zeitraum wiederholt angewendet werden können
- Kenntnis in der Anamneseerhebung, z. B. „Was tut dem Patienten gut?“ (Wickel und Auflagen)

Einstellung/Haltung

- Bewusstsein, dass die NHV eine adjuvante Therapiemöglichkeit darstellen
- Bewusstsein, dass die NHV in der Schmerztherapie einen Stellenwert haben
- Akzeptanz, dass die NHV eine Schmerzlinderung als realistisches Therapieziel darstellen können

- Akzeptanz, dass die Vorlieben des Patienten Berücksichtigung finden
- Bereitschaft, Patienten zur Selbstbehandlung zu motivieren
- Wissen, dass die NHV dem pflegerischen Kompetenzbereich zugeordnet sein können

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Beobachtung des Patienten während der Behandlungen, z. B. auf stimulierende Wirkung oder Nebenwirkungen
- Dokumentation von Wirkung und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen
- Sicherheit in der Anwendung und Vermittlung von naturheilkundlichen Verfahren
- Schulung und Beratung des Patienten und deren Angehörigen

Medien

- Praktische Demonstration, z. B. Wickel und Auflagen, rhythmische Einreibungen, Kompressen, Schröpfgläser
- Umgang mit ätherischen Ölen, Tees
- Lagerung

Literatur und weiterführende Literatur

BRUCKENTHAL P. (2010) Integrating nonpharmacologic and alternative strategies into a comprehensive management approach for older adults with pain.

Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses; VOL: 11 (2Suppl); p. S23-31 /201006/

BAROP H. (2013) Taschenatlas der Neutraltherapie nach Huneke. Haug Verlag, Stuttgart

HAMMES MG., BÄCKER M., TÖLLE TR., CONRAD B. Schmerztherapie. Stellenwert unkonventioneller Verfahren. MMW Fortschritte der Medizin VOL 142 (24) p. 41-4 /20000615

LIKAR C., BERNATZKY G., MÄRKERT D., ILIAS W. (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Springer Verlag, Berlin

LÖSEKE E. (2010) Naturheilkunde in der Schmerztherapie. Tees und Kompressen gegen Schmerzen. Praxis Pflegen

McCAFFERY M., BEEBE A., LATHAM J. (1997) Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Urban Fischer Verlag, Berlin/Wiesbaden

MELCHART D. (2007) Naturheilverfahren: Leitfaden für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung. Schattauer Verlag, Stuttgart

SABATOWSKI R., SCHARNAGEL R. (2010) Multimodale Behandlung chronischer Schmerzen: Nur die sinnvoll abgestimmte Kombination führt zum Erfolg. MMW Fortschritte der Medizin 152 (1-2); p. 30 /20100114

SCHMIEDEL V. (2012) Leitfaden Naturheilverfahren: . Methoden, Konzepte und praktische Anwendung. Urban & Fischer Verlag, Berlin

STEFLITSCH W. (2013) Aromatherapie in Wissenschaft und Praxis. Stadelmann Verlag, Wiggensbach

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

UEHLEKE B. (2006) Das große Kneipp-Gesundheitsbuch. Haug Verlag Stuttgart

ZIMMERMANN E. (2011) Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe: Kursbuch für Ausbildung und Praxis. Sonntag Verlag, Stuttgart

Block 10

Akute und chronische nichttumorbedingte Schmerzsyndrome:

Kopf-, Gesichtsschmerzen

Rückenschmerzen

Fibromyalgiesyndrom

Neuropathische Schmerzen:

Zosterneuralgie, Stumpf- und Phantomschmerzen

Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)

8 Unterrichtseinheiten

Lernziele/-inhalte

- Die uneingeschränkte Akzeptanz von Schmerzäußerungen des Patienten („Schmerz ist das, was der Patient sagt, wann immer er es sagt“)
- Kenntnis der Klassifikation von Schmerz (Lokalisation, Ursache, Dauer, pathogenetische Kriterien)
- Kenntnis, dass chronische Schmerzen im bio- psycho-sozialen Kontext behandelt werden müssen
- Kenntnis der wichtigsten nichttumorbedingten akuten und chronischen Schmerzsyndrome
- Kenntnis medikamentöser, nichtmedikamentöser, invasiver und psychologischer/psychotherapeutischer Therapieansätze, z. B. Verhaltenstherapie, Nervenblockaden, naturheilkundliche Verfahren, TENS
- Erkennen der Notwendigkeit, dass chronifizierte Nichttumorschmerzpatienten nur in einem multimodalen Schmerztherapiekonzept erfolgsversprechend zu behandeln sind (medikamentöse Schmerztherapie, Psychotherapie/Psychosomatik, Methoden der Physikalischen Medizin)
- Kenntnis der Besonderheiten der medikamentösen Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzpatienten
- Kenntnis darüber, dass der Patient zur Stärkung der Eigenverantwortung und Förderung der Compliance aktiv in die Bewältigung seiner Schmerzerkrankung einbezogen werden muss
- Kenntnis über Selbsthilfegruppen

Einstellung und Haltung

- Beherrschen der Grundprinzipien des WHO-Stufenschemas
- Sicherheit im Umgang mit Analgetika
- Einsicht, dass der chronische Schmerz seine Schutz- und Warnfunktion verloren hat
- Einsicht, dass eine völlige Schmerzfreiheit bei fortgeschrittener Chronifizierung selten zu erreichen ist
- Einsicht, dass der Patient lernen muss, mit seinen Schmerzen umzugehen
- Einsicht, dass nicht nur der Patient, sondern auch die Angehörigen durch die Schmerzerkrankung psychisch, physisch und sozial belastet sein können

- Einsicht, dass die Angehörigen in den Pflegeprozess und das Therapiekonzept integriert werden müssen
- Einsicht, dass eine verbesserte Lebensqualität nur in Zusammenarbeit des therapeutischen Teams mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu erreichen ist
- Einsicht der Bedeutung von Motivation und Schulung des Patienten und seiner Angehörigen

Fertigkeiten/ Können/ Schulen

- Motivation, Beratung und Schulung des Patienten und seiner Bezugspersonen im Schmerzmanagement
- Wissen und Umsetzung der medikamentösen und nichtmedikamentösen Schmerztherapie
- Sicherheit beim Einsatz von Medikamenten und technischen Geräten
- Erkennen, wahrnehmen, differenzieren und dokumentieren von Schmerzen und Begleitsymptomen
- Fähigkeit, einen neu aufgetretenen Schmerz (akuter Schmerz) zu erkennen und nach ärztlicher Anordnung zu behandeln, ebenso bei Verschlimmerung von vorbestehenden chronischen Schmerzen
- Erkennen von auslösenden und/oder unterhaltenden Faktoren des Schmerzgeschehens
- Interpretation und Dokumentation der erhobenen Messwerte und deren Überwachung, Verlaufskontrolle
- Erkennen und Einschätzen der möglichen Nebenwirkungen der medikamentösen und/oder invasiven Therapie. Einleiten von Gegenmaßnahmen nach ärztlicher Anordnung
- Beratung und Schulung von Selbstbehandlungstechniken z. B. Kälte, Wärme ☞ Block 9, TENS ☞ Block 9 Entspannungsübungen ☞ Block 7 und Medikamentenumgang ☞ Block 4
- Unterstützung und Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen in der realistischen Formulierung seiner Zielsetzung unter Berücksichtigung eventueller somatischer und kognitiver Einschränkungen
- Sicherstellung der interdisziplinären Einbindung des Patienten

Medien

- Rollenspiel
- Praktische Übungen (TENS, Wickel, Einreibungen)
- Fallbeispiele, Entwicklung von Medikamentenplänen
- Kopfschmerzkalender der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
- Schulung und Beratung
- Entspannungsverfahren z. B. PMR nach Jakobson mit Musik

Literatur und weiterführende Literatur

- AWMF Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie** (2008) Therapie des episodischen und chronischen Spannungskopfschmerz. Thieme Verlag, Stuttgart
- AWMF Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie** (2008) Clusterkopfschmerz. Thieme Verlag, Stuttgart
- AWMF Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie** (2008) Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch. Thieme Verlag, Stuttgart
- AWMF Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie** (2012) anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz. Thieme Verlag, Stuttgart
- AWMF Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie** (2012) Trigeminusneuralgie. Thieme Verlag, Stuttgart
- AWMF Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie** (2012) Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS). Thieme Verlag, Stuttgart
- BARON R., HÜLLEMANN P. MAHN F.** (2011) Kompendium Rückenschmerz. Aesopus Verlag e.K.
- BRAUNE G. u. a.** (2013) Schmerztherapie: Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung. Themenbereich Pflegepraxis (Naturheilkunde) Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZGESELLSCHAFT UND DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE** (2008) Leitlinie Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne. Schattauer, Stuttgart
- DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZGESELLSCHAFT UND DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE** (2009) Leitlinie Therapie und Prophylaxe von Cluster – Kopfschmerzen. Schattauer, Stuttgart
- DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZGESELLSCHAFT UND DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE** (2009) Leitlinie Therapie primär chronischer Kopfschmerzen. Schattauer, Stuttgart
- DOHRENBUSCH R.** (2002) Sind Patienten mit Fibromyalgie -hypervigilant-? Schmerz 15 S 38-47
- EVERS S., MAY A., HEUFT G., HUSSTEDT I.W., KEIDEL M., MALZACHER V., STRAUBE A., WIDDER B.** (2010) Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Nervenheilkunde 4: 229-241
- EXPERT- PANEL „Rückenschmerz“** der Bertelsmann Stiftung (2007) Leitfaden für Entscheider und Gestalter. Bertelsmann, Gütersloh
- FREYENHAGEN R., Baron R.** (2006) Neuropatischer Schmerz. Aesopus Verlag e.K.
- GERBERSHAGEN H.U., KORB J., NAGEL B., NILGES P.** (1986) Das Mainzer Stadiensystem der Schmerzchronifizierung – Mainz Pain Staging System (MPSS)
- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY IHS** (2004) Internationale Kopfschmerzklassifikation ICHD-2. www.ihs-classification.org
- MAIHOFNER C., HESKAMP M.-L.** (2013) Prospective, non-interventional study on the tolerability and analgesic effectiveness over 12 weeks after a single application of

capsacin 8% cutaneous patch in 1044 patients with peripheral neuropathic pain: first results of the QUEPP study.

NIEMIER K., SEIDEL W. (2009) Funktionelle Schmerztherapie am Bewegungssystem. Springer Verlag, Berlin

NVL KREUZSCHMERZ (2010) www.versorgungsleitlinien.de

PAIN DETECT- SCRENNINGFRAGEBOGEN zur Identifikation neuropathischer Komponenten. (2006) Pfizer Pharma GmbH

PFINGSTEN M. (2008) Rückenschmerzen- eine interdisziplinäre Herausforderung. Schmerztherapie 24: 7-9

PFINGSTEN M., SCHÖPS P., WILLE T., TERP L., HILDEBRANDT J. (2000) Quantifizierung und Graduierung anhand des Mainzer Stadienmodells. Der Schmerz 14 S 10-17

S1-LEITLINIE (2012) Pharmakologische nicht interventionelle Therapie chronisch neuropathischer Schmerzen Deutsche Gesellschaft für Neurologie, AWMF-Registernummer 030-114 AWMF-online

S1- LEITLINIE Therapie neuropathischer Schmerzen (2008) Deutsche Gesellschaft für Neurologie

S2e-LEITLINIE Zoster und Zosterschmerzen. Deutsche Dermatologische Gesellschaft (Voraussichtlich 12.2014) AWMF-Registernummer 013-023 AWMF-online

S2k-LEITLINIE Lumbale Radikulopathie. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012) AWMF-Registernummer 030/114 AWMF-online

S3-LEITLINIE (2012) Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und weiteren Fachgesellschaften AWMF-Registernummer 041/004 AWMF-online

S3-LEITLINIE (2009) Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen (LONTS). Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und 14 Fachgesellschaften AWMF-Registernummer 041/003 AWMF-online

SOMMER C., HÄUSER W.(2008) Ätiologie und Pathophysiologie des Fibromyalgiesyndroms. Schmerz 22: 267-282

STRAUBE A., MAY A., KOPP P. (2007) Therapie chronischer Kopfschmerzen. Nervenheilkunde 26: 186-199

THOMM M., SCHLEGEL N. (2012) Kann die Anwendung der topischen Therapieform mit hochdosiertem Capsacin (Qutenza) bei Patienten mit peripheren neuropathischen Schmerzen zu einer Reduktion der Analgetika und/oder Koanalgetika beitragen? Der Schmerz Band: 25 1 S 98

THOMM M. (2005). Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

<p style="text-align: center;">Block 11 Schmerztherapie beim alten und demenziell erkrankten Menschen 2 Unterrichtseinheiten</p>

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis über Besonderheiten in der Kommunikation mit dem alten und demenziell erkrankten Menschen
- Kenntnis der altersbedingten physiologischen Veränderungen
- Kenntnis der altersspezifischen pharmakologischen Wirkung der Analgetika und Koanalgetika
- Kenntnis über das altersadäquate Schmerzassessment
- Wissen, dass der alte Mensch häufig nicht über seine Schmerzen kommuniziert nach dem Motto „Erleiden, Erdulden“
- Wissen, dass durch unbehandelte Schmerzen die Mobilität eingeschränkt sein kann
- Wissen, dass sich die Sturzgefahr durch Medikamente und Immobilität erhöhen kann
- Wissen, dass der alte und demente Mensch durch unbehandelte Schmerzzustände am tiefen Atmen und Abhusten gehindert wird → Erhöhung des Risikos von Pneumonie, Obstipation, paralytischem Ileus, tiefen Beinvenenthrombosen, verminderte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme

Einstellung/Haltung

- Akzeptanz und respektvolles Verhalten gegenüber dem alten und dementen Menschen
- Einsicht, dass die Schmerzbehandlung multidisziplinär erfolgen muss
- Einsicht, dass diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen unter individueller Abwägung von Nutzen-Risiko durchzuführen sind
- Einsicht, dass die Schmerzerfassung durch kognitive und somatische Behinderungen erschwert sein kann
- Einsicht, dass die Kommunikation durch Schwerhörigkeit, Sehbehinderung, Sprachstörungen und demenzielle Entwicklung eingeschränkt sein kann
- Einsicht, dass die Lebensqualität durch starke Schmerzen eingeschränkt ist
- Einsicht, dass durch unbehandelte und/oder unzureichende Schmerztherapie ein höherer Pflegebedarf und damit auch höhere Kosten verursacht werden
- Einsicht, dass Fremdeinschätzungen im Schmerzmanagement notwendig sein können
- Alle Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen unter dem Autonomieaspekt durchführen

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Umgang mit der Schmerzwahrnehmung des alten und dementen Menschen
- Umgang mit altersspezifischen Schmerzmessinstrumenten, z. B. Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD), Gesichterskala, Schmerzthermometer: VRS vertikal
- Interpretation der nonverbalen Kommunikation (Verhaltensbeobachtung), z. B. Mimik, Gestik (anhand des BESD Beobachtungsbogens-,film)
- Realistische Einschätzung und Dokumentation der Schmerzäußerungen
- Erkennen von schmerzbedingten Verhaltensänderungen, z. B. ein ehemals gesprächiger Patient wird stumm
- Einsatz von alternativen Methoden, z. B. TENS, naturheilkundliche Verfahren ☞ Block 9
- Schulung und Beratung des Patienten und dessen Angehörigen bzgl. der eingeleiteten Therapiemaßnahmen
- Erkennen der Wirkung und Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente und ggf. Einleiten von Gegenmaßnahmen

Medien

- Schulungsfilm Beurteilungsbogen von Schmerzen bei Demenz (BESD), download www.dgss.org

Literatur und weiterführende Literatur

AGS PANEL (2002) The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 50: 205–224

BASLER H., BLOEM R., CASSER H. et al. (2001) Ein strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten. Schmerz 15 S 164–171

BASLER H., GRIEBINGER N., HANKEMEIER U. et al. (2005) Schmerzassessment und Schmerzbehandlung beim geriatrischen Patienten. Teil II: Schmerztherapie. Der Schmerz 19 S 65–73

BASLER H., HESSELBARTH S., KALUZA G. et al. (2003) Komorbidität, Multimedikation und Befinden bei älteren Patienten mit chronischen Schmerzen. Der Schmerz 17 S 252–260

BRAUNE G. u. a. (2013) Schmerztherapie: Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung. Themenbereich Pflegepraxis. Kohlhammer Verlag Stuttgart

FERRELL B. (1996) Pain in the Elderly. IASP Press, Seattle

FREYE E. (2010) Opiode in der Medizin. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York

Locher H. (2010) Spezielle Schmerztherapie der Halte- und Bewegungsorgane. Thieme Verlag Stuttgart

LÖSEKE E. (2007) Wie misst man Schmerz? Heilberufe 12

NOBIS H-G. (2012) Schmerz - eine Herausforderung: Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag Berlin

THOMM M. (2001) Besonderheiten der Schmerztherapie beim alten Menschen. intensiv Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 9, S 115-124

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

WEISSENBARGER-LEDUC M. (2009) Palliativpflege bei Demenz. Springer Verlag, Berlin

www.dgss.org/ Arbeitskreis Schmerz und Alter, download, Vorlagen zum Schmerzassessment bei dementiell Erkrankten

<p style="text-align: center;">Block 12 Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen 1 Unterrichtseinheit</p>
--

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis der physiologischen und pathophysiologischen Besonderheiten
- Wissen um altersspezifische Unterschiede der Pharmakokinetik und – dynamik
- Kenntnis der verschiedenen Schmerzerfassungsskalen
- Wissen um die medikamentösen und nichtmedikamentösen Möglichkeiten der Schmerztherapie
- Kenntnis der regionalanästhesiologischen Möglichkeiten
- Kenntnis der Therapiekonzepte und -ziele in der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen
- Kenntnis, dass unbehandelte Schmerzen Chronifizierungsprozesse zur Folge haben können

Einstellung/Haltung

- Kenntnis der Unterschiede akuter und chronischer Schmerzen
- Kenntnis von Dokumentationsmöglichkeiten, z. B. Deutscher Schmerzfragebogen für Kinder, Jugendliche ab 11 Jahren (DSF-KJ) und Eltern
- Einsicht, dass die Schmerzbehandlung chronischer Schmerzen interdisziplinär erfolgen muss
- Einbeziehen von Bezugspersonen als wichtigen Bestandteil des Therapiekonzeptes
- Einschätzen entwicklungs- und erkrankungsbedingter Einschränkungen im Wahrnehmen, Denken und Kommunizieren
- Bewusstsein, dass Opioide auch bei Kindern/Jugendlichen situativ gegeben werden sollen
- Bewusstsein, dass alternative Methoden in der Schmerztherapie sinnvoll sein können
- Einsicht, dass Fremdeinschätzungen im Schmerzmanagement erforderlich sind
- Bereitschaft, dass Zeit und Zuwendung therapeutisch notwendig sind

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Realistisches Einschätzen und Dokumentieren der Schmerzäußerungen
- Umgang mit altersspezifischen Schmerzerfassungsinstrumenten, z. B. Kuss-Skala, Gesichterskala
- Erkennen von schmerzbedingten Verhaltensänderungen sowie von auslösenden und/oder unterhaltenden Faktoren des Schmerzgeschehens

- Wahrnehmen, Differenzieren und Dokumentieren von Schmerzen und Begleitsymptomen
- Einleiten, Durchführen und Überwachen von Analgesieverfahren (z.B. PCA, PDK)
- Erkennen und Einschätzen möglicher Nebenwirkungen durch die Schmerzbehandlung und deren Behandlung nach ärztlicher Anordnung
- Sicheres Vorgehen und zielorientiertes Handeln bei Komplikationen
- Schulung und Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen, z. B. Schmerzerfassung, Umgang mit PCA -Pumpen
- Schulung von Selbstbehandlungstechniken, z. B. TENS, physikalische Maßnahmen
- Alters- und situationsgerechte Ablenkungsstrategien im Bedarfsfall anwenden
- Sicherstellung der professionellen Einbindung bei chronischen Schmerzen

Medien

- Erörtern von Fallbeispielen
- Praktische Übungen, z. B. TENS, Wickel, Einreibungen
- Entspannungsverfahren, z. B. PMR nach Jacobson
- Gestaltungstherapie (z. B. basteln, malen, werken)
- Altersgerechte Literatur (z. B. „Conny im Krankenhaus“)
- DVD/Videofilme, z. B. Seelenvögel WDR

Literatur und weiterführende Literatur

- DNQP** (2011) Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück
- DNQP** (2014) Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück
- EBINGER F.** (2010) Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen. ThiemeVerlag, Stuttgart
- IASP** International Association for the Study of Pain (2005) Core Curriculum for Professional Education in Pain
- JÖHR M.** (2013) Kinderanästhesie. Elsevier Verlag, München, Stuttgart
- KUIPER M.** (1999) Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern. Ullstein Medical,
- LIKAR R. et. al** (2009) Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Springer Verlag, Wien/New York
- S3-LEITLINIE** (2007/2009) Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und weitere Fachgesellschaften AWMF- Registernummer 041/001 AWMF- online
- SCHROEDER S. et al.** (2010) Deutscher Schmerzfragebogen für Kinder, Jugendliche und Eltern (DSF-KJ) – Ein multimodaler Fragebogen zur Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter. Schmerz 24 (1) S 23-37
- THOMM M.** (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin
- ZERNIKOW B.** (2009) Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Springer Verlag, Heidelberg

Block 13
Tumorschmerztherapie:
Spezifische Besonderheiten der medikamentösen Therapie
Symptomkontrolle
Palliativmedizin
2 Unterrichtseinheiten

Lernziele/-inhalte

- Kenntnis, dass der Tumorschmerzpatient häufig mehr als einen Schmerztyp aufweist und diese durch unterschiedliche Faktoren bedingt sind
 - a) tumorbedingt
 - b) therapiebedingt
 - c) tumorassoziiert
 - d) tumorunabhängig
- Kenntnis der Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes ☞ Block 1
- Kenntnis der Definition von Palliativmedizin als ganzheitliches Betreuungskonzept
- Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden
- physische und seelsorgerische Unterstützung von Patient und Familie
- Bemühungen, die zur Erhaltung von Aktivität, Unabhängigkeit und Würde des Patienten beitragen, „Lebensqualität“
- Kenntnis über tumorspezifische Schmerzerhebungsbögen (HOPE)
- Kenntnis der Grundprinzipien der Tumorschmerztherapie, nach Möglichkeit orale oder transdermale Gabe nach WHO-Stufenschema
- Kenntnis über Begleitmedikamente (Therapie der Nebenwirkungen) und Koanalgetika ☞ Block 4
- Sicherheit in der Gabe von Zusatzmedikation bei Schmerzspitzen-, attacken, Durchbruchsschmerzen (break through pain)
- Kenntnis von Begriffsdefinitionen wie z. B. Sterbehilfe (aktiv, passiv), Patientenverfügung
- Überblick über nichtmedikamentöse Therapieverfahren, z. B. Radiatio, physikalische Therapie, chirurgische Verfahren, Chemotherapie, TENS ☞ Block 9

Einstellung/Haltung

- Sensibilität, dass der Tumorschmerz eine besondere Bedrohung für den Patienten darstellt, da er häufig mit dem Fortschreiten der Erkrankung in Zusammenhang gebracht wird
- Einsicht, dass Schmerzen die Lebensqualität des Patienten stark einschränken und deshalb behandelt werden müssen
- Einsicht, sich bei wechselnden Krankheitssituationen von angelernten Pflegemustern zu lösen
- Bereitschaft zur Kommunikation

- Einsicht, dass Schmerz nicht nur eine körperliche Ursache hat und deshalb in einem ganzheitlichen Kontext gesehen werden muss
- Bereitschaft, das Zeitschema des Medikamentenplans an den individuellen Tagesablauf des Patienten anzupassen und dabei dessen Wertvorstellung und Vorhaben zu respektieren

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Erkennen, Wahrnehmen, Erfassen und Dokumentieren von Schmerzen und anderen Symptomen
- Erkennen und Dokumentieren der Zusammenhänge auftretender Symptome
- Flexibilität und Kreativität bei wechselnden Symptomen und Bedürfnissen
- Symptom- und bedürfnisorientierte Pflege
- Den Patienten motivieren, über seine Ängste und Nöte zu kommunizieren
- Pflegeverrichtungen unter Erhaltung der Autonomie des Patienten durchführen
- Differenzierte Wahrnehmung der Begleitsymptome in Zusammenhang mit der medikamentösen Schmerztherapie wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Einleitung und Umsetzung entsprechender pflegerelevanter Maßnahmen
- Schulung des Patienten und seiner Angehörigen bezüglich Medikamenteneinnahme, Wirkung und Nebenwirkungen
- Anwendung naturheilkundlicher Maßnahmen zur Unterstützung der Schmerztherapie in Absprache mit dem Patienten → Block 9
- Schulung des Patienten und seiner Angehörigen bezüglich komplementärer Maßnahmen im häuslichen Bereich
- Erkennen, dass Schmerzen und andere Symptome, z. B. Luftnot auch für das Umfeld des Patienten eine große Belastung darstellen und in den Pflegeprozess integriert werden müssen

Medien

- Videofilme der Deutschen Krebshilfe, Bonn
- Fallbeispiele

Literatur und weiterführende Literatur

AULBERT E., NAUCK F., RADBRUCH L. (2007) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer Verlag, Stuttgart

CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2010) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Bundesärztekammer

HUSEBÖ S., KLASCHIK E. (2003) Palliativmedizin. Springer Verlag, Berlin

JONEN-THIELEMANN I. (2007) Sterbephase in der Palliativmedizin.

In Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 1019-1036

KERN M., NAUCK F. (2006) Letzte Lebensphase. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). Lehren, Lernen, Leben - Handreichung Palliative Care und Hospizarbeit. URL: www.dgpalliativmedizin.de

KERN M. (2009) Palliativpflege, Richtlinien und Pflegestandards 7. Auflage. Pallia Med Verlag

KERN M., MÜLLER M., AURNHAMMER K. (2007) Basiscurriculum Palliative Care. 2., überarb. Aufl. Pallia Med Verlag Bonn

KNIPPING C.(2007) Lehrbuch Palliative Care.Hans Huber, Bern

KRÄNZLE S., SCHMID U., SEEGER C. (2006) Palliative Care. Springer Verlag, Heidelberg

McCAFFERY M., BEEBE A., LATHAM J. (1997) Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Urban Fischer Verlag, Berlin Wiesbaden

RADBRUCH L., NAUCK F., AULBERT E. (2007) Grundlagen der Palliativmedizin; Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart S 4 - 5

THOMM M. (2005) Schmerzpatienten in der Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

THOMM M. (2009) Das Symptom Atemnot. Heilberufe spezial -Palliative Care- S 30-31

THOMM M. (2011) Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Berlin

WILLENBRINK H.J. (2011) Schmerz und Symptombehandlung bei Tumorpatienten Mundipharma GmbH, Limburg

www.dgpalliativmedizin.de, HOPE-Module zum download

<p style="text-align: center;">Block 14 Evaluierung und schriftliche Lernerfolgskontrolle 1 Unterrichtseinheit</p>

Evaluierung des Weiterbildungskurses, Lernerfolgskontrolle im multiple choice Verfahren

<p style="text-align: center;">Block 15 Organisationsformen (Fakultativ)</p>
--

Lernziele/-Inhalte

- Wissen um die verschiedenen schmerztherapeutischen Einrichtungen wie Schmerzzentrum, Schmerzklinik und Schmerzambulanz, Tagesklinik, Schwerpunktpraxis Schmerztherapie, Palliativstation, Hospiz, ambulante Pflegedienste mit Schwerpunkt Schmerztherapie und Palliativbetreuung sowie ehrenamtliche Hospiz -Betreuungsdienste

Einstellung/Haltung

- Bereitschaft zur multidisziplinären und multiprofessionellen Kommunikation innerhalb von therapeutischen Netzwerken
- Einsicht, dass nur im „Miteinander“ eine effektive Behandlung und Betreuung von chronischen Schmerzpatienten gelingen kann
- Offenheit gegenüber anderen Unterstützungsangeboten
Bereitschaft, Betreuungskompetenzen an andere Fachbereiche abzugeben
- Bewusstsein, dass die ambulante Betreuung stets anzustreben ist

Fertigkeiten/Können/Schulen

- Fähigkeit, eigene Kompetenzgrenzen zu erkennen
- Kommunikationsfähigkeit

Literatur und weiterführende Literatur

CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2010) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Bundesärztekammer

DNQP (2009) Expertenstandard - Entlassungsmanagement in der Pflege.
Fachhochschule Osnabrück

DNQP (2011) Expertenstandard - Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

DNQP (2014) Expertenstandard - Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Fachhochschule Osnabrück

HOSPIZ- UND PALLIATIVFÜHRER (2011) Ambulante und Stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

www.dgss.org

www.dgpalliativmedizin.de