

## **S1a Die Pflegefachkraft verfügt über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung**

Die Schmerzeinschätzung ist Voraussetzung für ein erfolgreiches multiprofessionelles Schmerzmanagement.



Die Einschätzung von pflegerelevanten Problemen ist ein wesentlicher Bestandteil professionellen Pflegehandelns. Schmerzrelevantes Wissen sowie grundlegende Kompetenzen müssen bereits in der Ausbildung erworben werden.

Zusätzlich bedarf es der systematischen Fort- und Weiterbildung der Pflegenden, um das Wissen regelmäßig dem aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen.

Die wichtigsten Prinzipien einer systematischen Schmerzeinschätzung sind:

- Selbsteinschätzung hat grundsätzlich Vorrang vor Fremdeinschätzung; da Schmerz subjektiv ist, kann er nur von den Patienten/Bewohner selbst zuverlässig eingeschätzt werden.
- Die Pflegefachkraft verfügt über das notwendige Wissen zur Auswahl und Anwendung adäquater Einschätzungsinstrumente und wendet diese zielgerichtet an.
- Bei einem Patienten wird immer dasselbe Instrument eingesetzt.

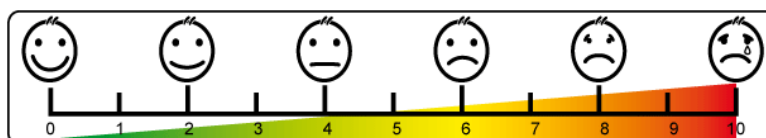
Zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen und solche, die verbal nur eingeschränkt oder gar nicht kommunizieren können, werden besondere Methoden der Einschätzung erforderlich.

## **S1b Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente zur Verfügung.**

Das Vorhandensein einer Auswahl zielgruppenspezifischer Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente stellt eine wichtige strukturelle Voraussetzung für ein systematisches Schmerzmanagement dar.

Zu den Einschätzungsinstrumenten gehören beispielsweise die:

- Visuelle Analog-Skala (VAS)
- Numerische Rang-Skala (NRS)
- Verbale Rang-Skala (VRS)
- verschiedene Gesichterskalen.



Zusätzlich müssen für Patienten-/Bewohnergruppen, die ihre Schmerzen nicht verbal kommunizieren können, spezifische Instrumente zur Fremdeinschätzung zur Verfügung stehen.

Bei der Auswahl der Instrumente müssen die kognitiven Fähigkeiten und die Präferenzen der Patienten/Bewohner berücksichtigt werden.

Ferner sind Regelungen für eine zeitnahe und lückenlose Dokumentation aller schmerzbezogenen Informationen zu treffen. Dies kann z. B. in Form von Eintragung in die Pflegedokumentation, Führen von Schmerztagebüchern oder Schmerzverlaufsprotokollen geschehen.

**P1 Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags, ob der Patient/Bewohner unter Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen leidet. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.**

Es muss grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Patienten/Bewohner das Thema Schmerz von sich aus eher selten ansprechen, z. B. auf Grund ihrer Annahme, dass Schmerzen



zur Krankheit „einfach dazugehören“ (s. Kap. 3.3.2). Deshalb sollte jeder Patient bereits im pflegerischen Aufnahmegespräch gezielt nach Schmerzen gefragt werden. Die Experten-Arbeitsgruppe empfiehlt z. B. die von McCaffery formulierten Fragen zur Schmerzsituation wie in Kapitel 3.3.2 (Abb.4) erläutert.

Diese können je nach Zielgruppe angepasst und in der Pflegeanamnese vermerkt werden. Hat der Patient zum Zeitpunkt der Erstbefragung keine Schmerzen, muss dies in regelmäßigen Abständen erneut abgeklärt werden.

Nur so ist sichergestellt, dass neu auftretende Schmerzen erkannt werden. Die Zeitabstände variieren je nach Situation des Patienten/Bewohners. Kann keine Befragung des Patienten selbst erfolgen, muss eine Fremdeinschätzung durchgeführt werden. Hierzu zählen die Befragung der Bezugsperson bzw. die Patientenbeobachtung durch die Pflegenden.

Auch schmerzbedingte Probleme sollen zu Beginn des pflegerischen Auftrags erhoben werden, da sie das weitere Vorgehen im Schmerzmanagement beeinflussen können. Dabei handelt es sich um Probleme, die im Zusammenhang mit Schmerzen oder zu erwartenden Schmerzen entstehen: z. B. Furcht vor Schmerzen, Wissensdefizite im Umgang mit Schmerzmitteln, Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten.

**Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durch.**

Grundsätzlicher Bestandteil der Schmerz-Ersteinschätzung ist das Messen der Schmerzintensität mittels standardisierter Skalen.

Dies dient, ähnlich wie die Ermittlung der Vitalzeichen, der Darstellung in Zahlenwerten und erleichtert die Dokumentation und die Verlaufskontrolle von Schmerzen. Ebenfalls gehört das Ermitteln der Schmerzlokalisierung immer zum Erstassessment.

Fragen nach Schmerzqualität, Dauer, dem zeitlichen Verlaufsmuster, verstärkenden und lindernden Faktoren sowie Auswirkungen auf das Alltagsleben sind weitere mögliche Bestandteile einer Schmerz-Ersteinschätzung. Einen allgemeingültigen Kriterienkatalog für die weitergehende Schmerz-Ersteinschätzung gibt es nicht. Vielmehr muss die Auswahl der Fragen von der Zielgruppe bzw. der individuellen Situation abhängig gemacht werden.

Darüber hinaus gilt es angepasst an Situation und Person folgende Punkte zu erfassen:

- kognitiver Status
- Effekte des Schmerzes auf Lebensqualität
- Schmerzmedikamentengebrauch (dazu zählen auch freiverkäufliche Präparate)
- Stimmungslage



Die systematische pflegerische Ersteinschätzung ist Grundlage für die Formulierung von Pflegeproblemen und -zielen sowie das Planen von Pflegemaßnahmen mit dem Patienten/Bewohner. Sie ist ein wichtiger Anhaltspunkt für das Einleiten und/oder Anpassen der medikamentösen Schmerztherapie. Die Ergebnisse der Schmerzeinschätzung müssen mit den beteiligten Berufsgruppen kommuniziert werden.

**Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung der Schmerzintensität sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung/Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.**

Die Verlaufskontrolle ist Voraussetzung für die Beurteilung des Erfolgs der Schmerzbehandlung. Vor allem zu Beginn einer medikamentösen Schmerztherapie oder bei Zunahme der Schmerzen muss die Dosis vom Arzt individuell angepasst werden: Es wird mit einer niedrigen Dosis begonnen, die bei Bedarf gesteigert wird; eine standardisierte Dosierung gibt es nicht. Durch das Anpassen der Dosis an den Bedarf des Patienten – durch die Technik der Titration am Schmerz – werden Unter- und Überdosierungen vermieden. Die Schmerzintensität wird, sofern der Zustand des Patienten/Bewohners es erlaubt, in Ruhe und bei Belastung/Bewegung gemessen, da Belastung und/oder Bewegung oftmals schmerzverstärkend wirken, was dazu führen kann, dass Patienten eine Schonhaltung einnehmen.

Dadurch sind sie u. a. gefährdet für Pneumonie, Dekubitus, Thrombose oder Kontrakturen. Schmerztherapie ist vor allem Prophylaxe. In diesem Sinne gilt es, Bewegungsschmerz vorzubeugen um eine schnelle Rehabilitation - z. B. durch postoperatives Abhusten und Frühmobilisation - zu ermöglichen.

Die Häufigkeit der wiederholten Schmerzeinschätzung ist abhängig vom Ausmaß der Schmerzen wie auch dem Gesamtzustand des Patienten. Beispielsweise ist bei akuten Schmerzen die Einschätzung mindestens einmal pro achtstündiger Schicht - einschließlich nachts - sinnvoll. Bei schweren Schmerzzuständen ist eine engmaschige Schmerzkontrolle erforderlich.

In der ambulanten Versorgung richtet sich die Häufigkeit der Schmerzerfassung im Verlauf nach der Besuchsfrequenz und dem pflegerischen Auftrag. Gegebenenfalls sollten Bezugspersonen in die Schmerzerfassung einbezogen werden, um eine Verlaufserfassung sicherstellen zu können.

## **E1 Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.**

Nur über eine konsequente Dokumentation des Schmerzzustandes kann sichergestellt werden, dass alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams informiert sind und die relevanten Informationen Einfluss auf die Einleitung und/oder Anpassung der medikamentösen Schmerztherapie ebenso wie auf das Angebot nicht-medikamentöser Maßnahmen haben.

Dabei steht von Anfang an die aktive Einbeziehung des Patienten/Bewohners und die Förderung der Selbstpflegekompetenzen durch Anleitung zur Eigenkontrolle der Schmerzen und selbstständiger Dokumentation im Vordergrund. Gleichwohl ist dabei die Kontrolle (Überprüfung) der Schmerzen durch die Pflege grundlegende Voraussetzung.

## **S2a Die Pflegefachkraft verfügt über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.**

Das pharmakologische Wissen zu Schmerzmedikamenten wird regelmäßig aktualisiert. Die Pflegefachkraft sollte die wichtigsten Prinzipien der Schmerzbehandlung kennen. Dies muss das Wissen um die Möglichkeiten der Medikamentenauswahl in den jeweiligen Einrichtungen, bzw.



bei dem einzelnen Patienten umfassen.

Hierzu zählt die Kenntnis des WHO-Stufenschemas, das eine Auswahl der Medikamente in Abhängigkeit von der Schmerzintensität empfiehlt. Weiterhin sollten die Notwendigkeit der Analgetikagabe nach festem Zeitschema und die

Möglichkeit von Zusatzmedikationen, z. B. bei Schmerzspitzen, bekannt sein.

Die Pflegefachkraft muss auch um die Notwendigkeit einer individuellen Dosisanpassung und der Bevorzugung nicht-invasiver Applikationen, wie orale und/oder transdermale Darreichungsformen, bei tumorbedingten Schmerzen wissen.

Die Gefährdung für eine physische und psychische Abhängigkeit von Schmerzmedikamenten, muss von der Pflegefachkraft realistisch, das heißt, nicht zu hoch eingeschätzt werden. Die Anwendung von Placebos in der Schmerztherapie verbietet sich aus ethischen Gründen.

## **S2b Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.**

Schmerzmanagement ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Im Rahmen einer Verfahrensregelung, die abhängig ist vom organisatorischen Umfeld, werden die Zuständigkeiten der jeweiligen Berufsgruppen sowie die Zusammenarbeit geklärt. Für Einrichtungen, die mit extern tätigen Berufsgruppen zusammenarbeiten, muss über geeignete Formen einer Verfahrensregelung im Sinne einer Vereinbarung nachgedacht werden.

Inhalte der Verfahrensregelung sollten sein:

- wer der verantwortliche Ansprechpartner ist,
- wer das Schmerzschema (s. u.) anordnet,
- wie hinsichtlich Bedarfsmedikationen und einmaligen Anordnungen medikamentöser Therapien verfahren wird, sofern kein Schmerzschema vorliegt,
- wie die Dokumentation erfolgt,
- wie die Notfallnummern lauten,
- wer welche Aufgaben bei der PCA-Therapie übernimmt und
- welche Aufgaben pflegerische Schmerzexperten (z. B. Pain Nurses/Algesiologische Fachassistenten) übernehmen, sofern vorhanden.

## **P2 Die Pflegefachkraft setzt spätestens bei einer Ruhe-Schmerzintensität von mehr als 3/10 oder einer Belastungs-/Bewegungsschmerzintensität von mehr als 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem patienten-/bewohnerbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan um.**

Der Cut-off-Punkt von >3/10 bzw. 5/10 analog der NRS ist prinzipiell der entscheidende Richtwert, um spätestens mit einer Schmerztherapie zu beginnen.

Die durch den Patienten/Bewohner mittels der NRS individuell eingeschätzte Schmerzintensität gibt ihm die Möglichkeit, die Interventionsgrenze individuell festzulegen und die Einleitung der medikamentösen Therapie entsprechend seines Schmerzempfindens abzustimmen. Diese individuelle Interventionsgrenze, die sich beispielsweise in der Ablehnung von Schmerzmedikation trotz einer höheren NRS-Punktzahl ausdrückt, muss in der Patientendokumentation notiert werden.

Die Anordnung des Schmerzschemas ist in der Patientendokumentation hinterlegt und die Pflegefachkraft kann selbstständig, primär ohne eine weitere Rücksprache diese Anordnung umsetzen. Sollten Besonderheiten oder Komplikationen beim Patienten auftreten, ist die Rücksprache mit dem Arzt selbstverständlich.

Bei Anwendung von Fremdeinschätzungsinstrumenten gelten Verhaltensänderungen (z. B. Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Veränderung von Vitalzeichen) der Patienten/Bewohner im Vergleich mit vorherigen, ähnlichen Beobachtungssituationen als Anlass zur Verabreichung von Schmerztherapie.

Verhaltensänderungen werden ebenso als Hinweis auf eine Schmerzlinderung durch die verabreichte Therapie herangezogen. Für die empfohlenen Fremdeinschätzungsinstrumente liegen hier unterschiedliche Empfehlungen und Interventionsgrenzen als Interventionsanlass zur Schmerztherapie vor.

Die Pflegefachkraft überprüft den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen.



Eine Überprüfung des Behandlungserfolgs wird in der Literatur für i. v.-Applikationen nach einer halben Stunde, bei oraler Gabe nach einer Stunde empfohlen. Bei erstmaliger transdermaler Applikation, sollte die Effektivitätsüberprüfung in der Regel spätestens nach 12 bis 16 Stunden erfolgen. Bei allen Verfahren muss die Pharmakokinetik der eingesetzten Medikamente beachtet werden.

Die Pflegefachkraft sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.

Bei prozeduralen Schmerzen soll in Absprache mit dem Patienten präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgen, z. B. bei Schmerzen im Zusammenhang mit Mobilisation, Verbandswechsel, Punktionen, endoskopischen oder chirurgischen Eingriffen.

Wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Prävention sind rechtzeitige Absprachen zwischen den einzelnen Berufsgruppen, zu welchen Zeitpunkten welche Prozeduren erfolgen sollen. Die Prävention verdient besonders bei vulnerablen (schutzlos, verwundbar) Patientengruppen mit eingeschränktem Äußerungsvermögen besondere Aufmerksamkeit.

**E2 Der Patient/Bewohner ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung analog der Numerischen Rangskala (NRS).**

Die konsequente Umsetzung der aktuellen Methoden des Schmerzmanagements ermöglicht Schmerzfreiheit für die Mehrzahl der Patienten/Bewohner. Bei komplexen Schmerzzuständen ist dies nicht immer zu erreichen. Das Vermeiden von prozeduralen Schmerzen hilft, Disstress zu reduzieren, Compliance zu fördern und Chronifizierung vorzubeugen.

Grundsätzlich sollte das Selbstbestimmungsrecht des Patienten berücksichtigt und das Therapieziel mit ihm gemeinsam vereinbart werden. Dies gilt gleichermaßen für die Festlegung des Cut-Off-Punktes. Der von der Expertengruppe festgelegte Cut-Off-Punkt gilt als allgemeiner Richtwert, ist aber mit dem jeweiligen Patienten auszuhandeln. Voraussetzung dafür ist eine frühzeitige, umfassende Beratung des Patienten/Bewohners über die Möglichkeiten des Schmerzmanagements.

**S3 Die Pflegefachkraft kennt schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.**



Die Pflegefachkraft soll mögliche Nebenwirkungen von Analgetika adäquat einschätzen können sowie Maßnahmen zur Vorbeugung und Linderung kennen. Das setzt fundierte Kenntnisse über Nebenwirkungen, z. B. Atemdepression, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation aber auch über Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten voraus.



Die Gefahr einer physischen und psychischen Abhängigkeit von Schmerzmedikamenten muss realistisch eingeschätzt und möglichst frühzeitig erkannt werden.

Die Pflegefachkraft kennt Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie häufig auftretender Nebenwirkungen. Zur Prophylaxe von Obstipation können z. B. ballaststoffreiche Ernährung, Bewegungsförderung oder eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr dienen. Pflegerische Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie von Mundtrockenheit können z. B. das Anbieten von gefrorenen Getränken, Mundpflege mit speziellen Tees oder Lösungen sein.

Zur Prophylaxe und Therapie von Übelkeit und Erbrechen kann im operativen/postoperativen Bereich das PONV-Schema (PONV – postoperative Nausea and vomiting) angewendet werden. Sollte zur Prophylaxe und Behandlung von Neben- und Wechselwirkungen darüber hinaus eine medikamentöse Therapie angezeigt sein, bedarf es einer ärztlichen Anordnung.

**P3 Die Pflegefachkraft erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch.**

Eine regelmäßige Einschätzung sowie die Dokumentation möglicher Nebenwirkungen ist Voraussetzung für das frühzeitige Erkennen und Einleiten therapeutischer Maßnahmen.

Pflegerische Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie der Obstipation können z. B. Bewegungsförderung, ballaststoffreiche Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr beinhalten. Selbstpflegekompetenzen der Betroffenen werden dabei einbezogen bzw. gefördert. Sind medikamentöse Maßnahmen erforderlich, bedarf es einer ärztlichen Anordnung. Über das Auftreten von Nebenwirkungen wird der Arzt immer in Kenntnis gesetzt.

**E3 Eine aktuelle Dokumentation schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen liegt vor. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.**

Eine wirksame Kontrolle der Nebenwirkungen ist therapeutisches Ziel und erhöht darüber hinaus die Akzeptanz der Analgetikatherapie.

### **S4a Die Pflegefachkraft verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren möglichen Kontraindikationen.**

Der Expertenarbeitsgruppe ist bewusst, dass die Wirksamkeit von nicht-medikamentösen Maßnahmen nur eingeschränkt wissenschaftlich nachgewiesen ist. Dennoch wird die Durchführung in Abstimmung mit den beteiligten Berufsgruppen empfohlen, da die Praxis zeigt, dass sich diese Methoden oftmals positiv auf das Schmerzerleben auswirken. Auch internationale Standards und Leitlinien empfehlen ihre Durchführung.

Das pflegerische Repertoire des Schmerzmanagements wird durch die Anwendung nichtmedikamentöser Maßnahmen erweitert. Das Wissen um diese Maßnahmen, sowohl bezüglich der Wirkungsweisen als auch möglicher Kontraindikationen, wird in der deutschen Pflegepraxis bisher nur sehr unsystematisch genutzt.

Eine systematische Anwendung dieser Maßnahmen sollte auf der Basis bereits vorhandener Erfahrungen in den Einrichtungen erfolgen, auf denen gezielt mit Fortbildungsmaßnahmen aufgebaut werden kann. Zu unterscheiden sind primär peripher wirkende Maßnahmen - wie z. B. Kälte-, Wärmetherapie, Massage, TENS – von primär zentral wirkenden Maßnahmen – wie z. B. Ablenkung, Entspannungsübungen, Imagination.

Selbst bei scheinbar harmlosen Anwendungen wie z. B. Eis oder Wärme gibt es Kontraindikationen, die bekannt sein müssen, um Komplikationen zu vermeiden. Hilfreich für das Verstehen der Wirkweise nicht-medikamentöser Maßnahmen ist unter anderem die Kenntnis der Gate-Control-Theorie von Melzack und Wall (1965; modifiziert in Carr und Mann. 2002).

### **S4b Die Einrichtung stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.**

Betriebsleitung und Pflegemanagement müssen die Etablierung nicht-medikamentöser Maßnahmen in die Behandlungspläne des Schmerzmanagements unterstützen. Eine systematische Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen sollte auf der Basis gezielter Fortbildungsmaßnahmen erfolgen. Darüber hinaus ermöglicht die Einrichtung den Pflegefachkräften, nicht-medikamentöse Maßnahmen zu initiieren, selbst durchzuführen oder mit anderen Berufsgruppen zu koordinieren. Hierfür eignet sich ebenfalls die im Strukturkriterium S2b empfohlene Verfahrensregelung.

Die Einrichtung stellt darüber hinaus für die Maßnahmen benötigte Materialien in angemessenem Umfang zur Verfügung, z. B. Cold-Packs oder Eis zu allen Tages- und Nachtzeiten.

**P4 Die Pflegefachkraft bietet in Abstimmung mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.**

Nicht-medikamentöse Maßnahmen sollen immer als ein ergänzendes Angebot zur medikamentösen Therapie verstanden werden.

Dabei kann es sich um Maßnahmen handeln, die von den Patienten/Bewohnern selbst oder der Pflegefachkraft durchgeführt werden, aber auch um Angebote anderer Berufsgruppen, wie z. B. der Ärzte, Krankengymnasten oder Psychologen.

Für den Erfolg ist es wichtig, Präferenzen und Erfahrungen von Patienten und ggf. ihrer Angehörigen in die Auswahl mit einzubeziehen. Erfolgreich ist eine Maßnahme dann, wenn der Patient diese als hilfreich erlebt – die Schmerzlinderung ist oftmals eine indirekte Wirkung. Empfindet der Patient eine Maßnahme als unangenehm, ist sie nicht sinnvoll. Die passende Maßnahme lässt sich häufig nur über einen Versuch ermitteln. Dabei kann es sinnvoll sein, dem Patienten verschiedene Angebote zu machen und das Angebot ggf. zu wiederholen. Der hierbei zugrunde liegende Aushandlungsprozess ist integraler Bestandteil des Pflegeprozesses und ermöglicht eine Intensivierung der pflegerischen Beziehung.

**E4 Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation und/oder die Eigenaktivität des Patienten/Bewohner ausgewirkt.**

Die Expertenarbeitsgruppe ist sich bewusst, dass der Nachweis und die „Messung“ spezifischer Effekte nicht-medikamentöser Interventionen/Maßnahmen, etwa in Form einer deutlichen Reduzierung der Schmerzintensität, schwierig ist. Als zentrale Kriterien werden hier die subjektive Einschätzung durch den Patienten/Bewohner im Sinne eines unmittelbaren oder mittelbaren positiven Effekts auf die Schmerzsituation sowie die Förderung der Entwicklung von gezielten Strategien der Selbstpflege/Selbstpflegekompetenz erachtet. Die Erfassung sollte mittels einfach formulierter Fragen erfolgen.

## **S5a Die Pflegefachkraft verfügt über die notwendigen Beratungs- und Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme.**

Wissen ist Voraussetzung für ein erfolgreiches Schmerzmanagement. Falsche Grundannahmen von Patienten und ggf. deren Angehörigen im Umgang mit Schmerz verhindern häufig ein effektives Schmerzmanagement. Ziel der Beratung und Schulung ist es, Patienten und Angehörige darin zu unterstützen, adäquate Bewältigungsstrategien für den Alltag zu entwickeln und anzuwenden.

Um den Erfolg der Maßnahmen zu sichern, müssen diese geplant und strukturiert durchgeführt werden. Beratungskompetenz bedeutet an dieser Stelle, die Patienten und ihre Angehörigen umfassend über das Schmerzgeschehen zu informieren und mit ihnen Möglichkeiten der Bewältigung zu erarbeiten. Hierzu können auch die bisherigen Erfahrungen und Kompetenzen des Patienten von Bedeutung sein.

Schulung bezieht sich auf die Vermittlung von Wissen und technischen Fertigkeiten und die Fähigkeit, diese in die eigene Lebenssituation umzusetzen (z. B. das Einüben von Atemtechniken, der Umgang mit retardierten Schmerzmedikamenten oder das Erlernen schmerzreduzierender Bewegungsabläufe). Dies setzt die Vorlage schriftlich formulierter Konzepte für die jeweiligen Schulungen und deren Inhalte voraus.

## **S5b Die Einrichtung stellt die erforderlichen Beratungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung.**

Das Bereitstellen schriftlicher Patienteninformationen durch die Institution in Ergänzung zur mündlichen Beratung und Schulung ist eine wichtige Voraussetzung für ein gelungenes Schmerzmanagement.

Durch die Zunahme des ambulanten Operierens sowie die Verkürzung der stationären Verweildauer, aber auch sich verändernde Lebenssituationen von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, gewinnen Patientenschulungen zunehmend an Bedeutung.

## **P5 Die Pflegefachkraft gewährleistet eine gezielte Schulung und Beratung für den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen.**

Schulung und Beratung werden in Absprache mit den weiteren beteiligten Berufsgruppen geplant und durchgeführt und sollten zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt stattfinden.

Wesentliche Inhalte von Schulungen zum Umgang mit Schmerz sind:

- Ziele, Möglichkeiten und Grenzen des Schmerzmanagements;
- Selbsteinschätzen von Schmerz mittels standardisierter Skalen,
- konsequente und zeitgerechte Einnahme der verordneten Medikamente;
- Identifizieren, Einschätzen sowie Vorbeugen und Lindern von Nebenwirkungen;
- Kenntnis über und Anwenden von nicht-medikamentösen Maßnahmen;
- Anleitung zu praktischen Übungen, z. B. Erlernen von schmerzreduzierenden Bewegungsabläufen.

Schulungen können in Form von Einzel- oder Gruppenschulungen angeboten werden. Bei Patienten, die sich einer Operation unterziehen, ist die präoperative Schulung am sinnvollsten, da sie nach der Operation nur eingeschränkt aufnahmefähig sind. Bei Patienten mit chronisch-malignen Schmerzzuständen ist eine individuelle Herangehensweise erforderlich.

Die Bedeutung der Krebserkrankung beeinflusst nicht nur die Lebensqualität des Patienten, sondern auch sein Schmerzerleben. Somit ist es erforderlich, die Erwartungen des Patienten zu konkretisieren und das Schmerzmanagement stufenweise, in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf, zu planen (s. Kap. 3.6.3.2). Die Integration von Bewältigungsstrategien in den Alltag/die individuelle Lebenssituation ist durch Beratung zu fördern.

**E5 Dem Patienten/Bewohner sind gezielte Schulung und Beratung angeboten worden, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen.**

Das Schmerzerleben sowie die Lebensqualität von Patienten/Bewohnern und Angehörigen wird durch die aktive Teilnahme am Schmerzmanagement günstig beeinflusst.

Durch die Verbesserung der Selbstpflegekompetenz gewinnt der Patient/Bewohner an Selbstkontrolle über das schmerzbezogene Krankheitsgeschehen. Angehörige können sich aktiv in den Prozess des Schmerzmanagements einbringen und gleichzeitig ihr Gefühl der Hilflosigkeit reduzieren.

Zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität ist es Aufgabe der Pflegefachkraft, die Kompetenzen der Patienten und Angehörigen zu ermitteln und entsprechend weiterbetreuende Einrichtungen und Berufsgruppen darüber in Kenntnis zu setzen.