

## Ergänzung zu standardisierten Instrumenten im Bereich der Verhaltensbeobachtung zur Erkennung von Schmerz oder anderen Bedürfnissen

Fallbesprechung im Team

**Name der Bewohnerin/des Bewohners:**

**Datum:**

**Verwendeter Assessmentbogen:**

1. Würden Sie die Werte an manchen Tagen anders ankreuzen?

- Nein, passt so
- Selten
- Ja, mindestens an 1 bis 2 Tagen in der Woche.

*(Markieren Sie diese Werte mit einem Dreieck. Austausch im Team über die einzelnen Beobachtungen.)*

Weiter bei einem Wert mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten:

2. Sind Sie sicher, dass es sich um Schmerzen handelt?

- Ja, weil.....
- Nein, weil.....
- Wir sind uns nicht sicher. Gründe:

3. Wurden bereits Untersuchungen gemacht, um evtl. körperliche Ursachen für die Verhaltensauffälligkeit zu klären?

- Ja, folgende Untersuchungen wurden gemacht:
- Nein

4. Wurden bereits körperliche oder psychische Stressfaktoren ausgeschossen? (z.B. Kälte, Hitze, Lärmquellen wie Radio oder laute Mitbewohnerinnen und Mitbewohner? Visuelle Stressreize wie Fernseher, grelles Licht? Dunkelheit? Angst? Traurigkeit? Unstimmigkeiten mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohner oder den Unterstützungspersonen?)

- Nein
- Ja, folgende Maßnahmen wurden bereits unternommen:

5. Folgende Maßnahmen sollen umgesetzt werden:

6. Datum der nächsten Fallbesprechung zur Überprüfung der Wirksamkeit:

**Anwesende der Besprechung:**