



Instrument:

BESD – Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

Hinweis zur Veröffentlichung:

© 2007 der deutschen Version:

Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim

Die Veröffentlichung erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Copyright-Inhabers.

BESD

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehen Kästchen. Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich. Addieren Sie nur den jeweils höchsten Punktwert (maximal 2) der fünf Kategorien.

Name des/der Beobachteten:

Ruhe

Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit:

Beobachter/in:

1. Atmung (unabhängig von Lautäußerung)

- normal
- gelegentlich angestrengt atmen
- kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)
- lautstark angestrengt atmen
- lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)
- Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)

| nein | ja | Punkt- wert |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |

2. Negative Lautäußerung

- keine
- gelegentlich stöhnen oder ächzen
- sich leise negativ oder missbilligend äußern
- wiederholt beunruhigt rufen
- laut stöhnen oder ächzen
- weinen

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Zwischensumme 1 | | |

Name des/der Beobachteten:

3. Gesichtsausdruck

| nein | ja | Punkt- wert |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |

- lächelnd oder nichts sagend
- trauriger Gesichtsausdruck
- ängstlicher Gesichtsausdruck
- sorgenvoller Blick
- grimassieren

4. Körpersprache

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

- entspannt
- angespannte Körperhaltung
- nervös hin und her gehen
- nesteln
- Körpersprache starr
- geballte Fäuste
- angezogene Knie
- sich entziehen oder wegstoßen
- schlagen

5. Trost

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |

- trösten nicht notwendig
- Ist bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich?
- Ist bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich?

Zwischensumme 2

Zwischensumme 1

Gesamtsumme von maximal 10 möglichen Punkten

| |
|-------------|
| |
| |
| _/10 |

Andere Auffälligkeiten:

.....

.....

.....

.....