

ZORGSCHALEN (SCALES) (bron: BelRAIWiki)

ADL Hierarchy Scale (ADLH)

De **Activities of Daily Living Hierarchy Scale** of **Hiërarchische ADL-schaal** groepeert 4 items van het ADL-functioneren volgens (hiërarchische) fasen namelijk vroegtijdig, medio en laattijdig ADL-functieverlies (Sectie G bij [HC](#) en [LTCE](#), Sectie J bij [PC](#)):

- persoonlijke hygiëne,
- zich verplaatsen,
- toiletgebruik,
- eten


en (Sectie G bij [AC](#)):


- persoonlijke hygiëne,
- wandelen,
- toiletgebruik,
- eten.

ADL-functies die in een vroeg stadium verminderen (bijv., persoonlijke hygiëne) krijgen een minder hoge score dan ADL-functies die langer behouden blijven (bijv., eten). De schaal meet de mate van ADL-afhankelijkheid. Een hoge score geeft met grote zekerheid aan dat de cliënt meer hulpbehoevend is dan wanneer de score lager zou zijn. De 7 niveaus van 0 tot 6 zijn:

- 0 = zelfstandig bij de 4 ADL-functies
- 1 = tenminste toezicht bij één ADL-functie (en minder dan beperkte hulp bij alle 4 ADL-functies)
- 2 = beperkte hulp vereist bij 1 of meer van de 4 ADL-functies (en minder dan uitgebreide hulp bij alle 4 ADL-functies)
- 3 = tenminste uitgebreide hulp vereist bij de persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik (en minder dan uitgebreide hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen)
- 4 = uitgebreide hulp vereist bij het eten of het zich verplaatsen (geen totale afhankelijkheid bij het eten en het zich verplaatsen)
- 5 = totale afhankelijkheid bij het eten en/of het zich verplaatsen
- 6 = totale afhankelijkheid bij de 4 ADL-functies

Bronnen en aanvullende literatuur


Over deze schaal is de volgende referentie beschikbaar op de [interRAI-website](#) :


[Morris, John, Brant E, Fries, and SA Morris. Scaling ADLs within the MDS. Journal of Gerontology: Medical Sciences 54A.11 \(1999\): M546-M553.](#) 

Age Years Scale – Leeftijd


Deze schaal (0-130) is gebaseerd op het beoordelingsjaar min het geboortjaar (en houdt geen rekening met dag en maand).


Body Mass Index (BMI)


De [Body Mass Index](#)  (ook de Queteletindex geheten, naar de Gentse professor Quetelet die 100 jaar geleden de basis legde van de statistiek) vormt een eenvoudige methode om na te gaan of u te licht of te zwaar weegt in verhouding tot uw lichaamslengte. Alhoewel er in wetenschappelijke kringen enige kritiek bestaat op de BMI (omdat hij niets zegt over het vetpercentage), blijft het een handig instrument voor een eerste gewichtstest.


De BMI wordt gebruikt als afgeleide maat voor de vetmassa maar is minder goed bruikbaar bij kinderen, ouderen, zwangere vrouwen, mensen met zeer veel spiermassa, mensen met een amputatie, bij bepaalde ziekte-toestanden zoals ernstige osteoporose resulterend in lengteverlies. [Test](#) 

Bronnen en aanvullende literatuur

Over deze schaal zijn de volgende referenties beschikbaar op de [interRAI-website](#) :

[Blaum, CS., E O'Neill, KM. Clements, Brant E.Fries, and MA. Fiatarone. The Validity of the Minimum Data Set for Assessing Nutritional Status in Nursing Home Residents. American Journal of Clinical Nutrition 4.66 \(1997\): 787-794.](#) 

[Fries, Brant E., C Hawes, John N. Morris, CD. Phillips, V Mor, and PS. Park. Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. Journal of the American Geriatrics Society 45.8 \(1997\): 994-1001.](#) 

[Landi, F, G Onder, G Gambassi, C Pedone, PU Carbonin, and R Bernabei. Body Mass Index and Mortality Among Hospitalized Patients. Archives of Internal Medicine 160.17 \(2000\): 2641-2644.](#) 

Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale (CHESS)

De **Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale of Gezondheidsinstabiliteitsschaal** is ontworpen om het individueel risico op een ernstige gezondheidsachteruitgang te identificeren. Als men als objectief heeft de problemen die gerelateerd zijn aan gezondheidsachteruitgang te verminderen kan deze zorgschaal ook worden gezien als een meting van noodzakelijk medisch ingrijpen. Een vermindering van het risico op een ernstige achteruitgang kan er voor zorgen dat de cliënt in een stabielere toestand terecht komt die de levenskwaliteit kan handhaven, de levensverwachting kan verlengen en bepaalde ziektekosten kan vermijden.

De CHESS-schaal werd oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik in instellingen (LTCF) maar werd ook aangepast voor gebruik in de thuiszorgsector (HC). De berekening is gebaseerd op volgende items:

- verandering in beslissingsbekwaamheid ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling),
- ADL-toestand ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna),
- overgeven,
- perifeer oedeem,
- dyspneu,
- terminaal stadium van ziekte, 6 maanden of minder te leven,
- gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen,
- gedehydrateerd (uitdrogingsverschijnselen) of verhoogde BUN-waarde,
- de eetlust is afgenomen (in de laatste 30 dagen).

([C5](#), [G6](#), [J3n](#), [J3u](#), [J4](#), [J7c](#), [K2a](#), [K2b](#) en [K5](#) bij Home Care en [C5](#), [G5](#), [J3n](#), [J3t](#), [J4](#), [J7c](#), [K2a](#), [K2b](#) en [K6](#) bij LTCF - de schaal is niet beschikbaar voor Acute Care en Palliative Care.)

De maat voor gezondheidsinstabiliteit wordt weergegeven op een schaal van 0 tot 5:

- 0 = stabiele gezondheid
- 1 = milde instabiliteit van de gezondheid
- 2 = matige instabiliteit van de gezondheid
- 3 = hoge instabiliteit van de gezondheid
- 4 = zeer hoge instabiliteit van de gezondheid
- 5 = ernstige instabiliteit van de gezondheid

Hoe hoger de score, hoe hoger de kans op pijn, op gezondheidsproblemen, op hospitalisatie (medisch handelen), op stress bij zorgverleners of op overlijden.

Communication Scale

De **Communication Scale** of **Communicatieschaal** is gebaseerd op 2 items:


- Uiting -zichzelf duidelijk maken,
- Begrip - anderen kunnen begrijpen.

([D1](#), [D2](#) bij Home Care; [D1](#), [D2](#) bij LTCF; [E1](#), [E2](#) bij Acute Care; [G1](#), [G2](#) bij Palliative Care om 9 scores van 0 tot 8 samen te stellen.)

Hoge scores duiden op een slechte communicatie.

- 0 = intact
- 1 = borderline intact
- 2 = licht verstoord
- 3 = licht tot matig verstoord
- 4 = matig verstoord
- 5 = matig tot ernstig verstoord
- 6 = ernstig verstoord
- 7 = ernstig tot zeer ernstig verstoord
- 8 = zeer ernstig verstoord

Bronnen en aanvullende literatuur

Over deze schaal is de volgende referentie beschikbaar op de [interRAI-website](#) 



[Frederiksen, K, P Tariot, and E De Jonghe. Minimum Data Set Plus \(MDS+\) Scores Compared with Scores From Five Rating Scales. Journal of the American Geriatrics Society 44.3 \(1996\): 305-309.](#) 

Cognitive Performance Scales (CPS)

De **Cognitive Performance Scale 1** of **Cognitief Presteren Schaal 1** berekend op basis van 4 items de cognitieve status van een persoon:

- cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming,
- kortetermijngeheugen,
- uiting - zichzelf duidelijk maken,
- en eten.

([C1](#), [C2a](#), [D1](#), [G2j](#) bij Home Care; [C1](#), [C2a](#), [D1](#), [G1j](#) bij LTCF; [D1](#), [D2a](#), [E1](#), [G1g](#) bij Acute Care; [F1](#), [F3a](#), [G1](#), [J2h](#) bij PC.)

De schaal blijkt in de residentiële zorg en de thuiszorg goed overeen te komen met de [resultaten](#)  van de [Mini-Mental State Exam \(MMSE\)](#) . Het cognitief functioneren wordt gerangschikt in 7 niveaus van 0 tot 6:

- 0 = intact
- 1 = borderline intact
- 2 = licht verstoord
- 3 = matig verstoord
- 4 = matig ernstig verstoord
- 5 = ernstig verstoord
- 6 = zeer ernstig verstoord

De **Cognitive Performance Scale 2** of **Cognitief Presteren Schaal 2** (die wordt gebruikt in BelRAI) daarentegen wordt berekend op basis van 5 items:


- cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming,
- kortetermijngeheugen,


- procedureel geheugen,
- uiting - zichzelf duidelijk maken,
- eten.


(C1, C2a, C2b, D1, G2j bij HC; C1, C2a, C2c, D1, G1j bij LTCF; D1, D2a, D2b, E1, G1g bij AC; F1, F3a, F3b, G1, J2h bij PC.)


De 7 niveaus van CPS1 worden hier ook gebruikt.

Bronnen en aanvullende literatuur

Over deze schaal zijn de volgende referenties beschikbaar op de [interRAI-website](#) :

[Hartmaier, SL., PD. Sloane, HA. Guess, GG. Kock, CM. Mitchell, and CD. Phillips. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: Agreement with the Mini-Mental State Examination. Journal of Gerontology: Medical Sciences 50A.2 \(1995\): M128-M133.](#) 

[Morris, John, Brant E. Fries, DR. Mehr, C Hawes, CD Phillips, and V Mor. MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology: Medical Sciences 49A.4 \(1994\): M174-M182.](#) 

[Carpenter GI, Gill S, Patter JM, Maxwell C. A comparison of MDS/RAI activity of daily living, cognitive performance and depression scales with widely used scales. \(abstract\) Age and Ageing. 28 Supplement 2 \(1999\): 29.](#) 

Depression Rating Scale (DRS)




De **Depression Rating Scale** of **Depressieschaal** is gebaseerd op 7 items (E1a-g bij [Home Care](#) en [LTCF](#); H1a-g bij [Palliative Care](#)):


- deed negatieve uitspraken,
- voortdurend boos op zichzelf of op anderen,
- uitingen, ook non-verbale, van wat onrealistische angsten lijken,
- herhaaldelijk klagen over de gezondheid,
- herhaaldelijk angstig klagen/bezorgd zijn (niet in verband met de gezondheid),
- droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen,
- huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten.

De 4 antwoorden (0, 1, 2 en 3) die telkens mogelijk zijn bij deze 7 items worden tijdens de berekening door het algoritme herleid tot 3 antwoorden (0, 1, 2).

Hoe hoger de uiteindelijke score (vanaf 3 of meer in een bereik van 0-14) hoe waarschijnlijker de aanwezigheid van een depressiestoornis.

Bronnen en aanvullende literatuur

De depressieschaal werd samengesteld en gevalideerd in vergelijking met “[The Hamilton depression rating scale](#) ” en “[The Cornell scale for depression in dementia](#) ” en wordt beschreven in de volgende referentie die beschikbaar is op de [interRAI-website](#) :

[Burrows, A B., JN. Morris, SE. Simon, John P. Hirdes, and CD. Phillips. Development of a Minimum Data Set-Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. Age and Ageing 29.2 \(2000\): 165-172.](#) 

Depressieschaal voor Acute Care

De depressieschaal is gebaseerd op de items van zelfgemelde stemming ([Acute Care Sectie F1](#)):

- weinig belangstelling of plezier in dingen waar u gewoonlijk van geniet,
- zich angstig, rusteloos of ongemakkelijk voelen,
- zich bedroefd, depressief of hopeloos voelen.

De score op de schaal loopt van 0 tot 6. Hoe hoger de score hoe waarschijnlijker de aanwezigheid van depressieve symptomen.

IADL Scales

De **Instrumental Activities of Daily Living Scales** of **Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Levenschalen** (voor Home Care en Acute Care [1]) zijn gebaseerd op de som van [8 items](#) met betrekking tot de *uitvoering* van IADL (IADL Performance of IADLP Scale - wat de persoon effectief doet) en de *mogelijkheden* om IADL uit te voeren (IADL Capacity of IADLC Scale - de veronderstelling van wat de persoon zou kunnen doen of in staat is te doen):

- maaltijdbereiding,
- huishoudelijk werk,
- financieel beheer,
- geneesmiddelenbeheer,
- telefoongebruik,
- trappen,
- boodschappen,
- vervoer.

De twee schalen (IADLP en IADLC) geven de somscore van de individuele items weer. Een hogere score (in een bereik van 0-48) duidt voor beide schalen op een slechtere toestand.

[#1] Acute Care: de IADL Performance Scale wordt berekend met de gegevens van de premorbide beoordeling; de IADL Capacity Scale wordt berekend met de gegevens van de ontslagbeoordeling.


Bronnen en aanvullende literatuur

De IADL-schaal werd oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik in de thuiszorg en refereert naar de [Lawton Scale](#)



Method for Assigning Priority Levels (MAPLe)

De **Method for Assigning Priority Levels** of MAPLe voorziet in een empirisch en krachtig ondersteuningssysteem voor de besluitvorming. Daarmee wordt het mogelijk de noden van cliënten en de mate van hoogdringendheid waarmee deze moeten worden aangepakt grondiger te evalueren.

De MAPLe differentieert cliënten volgens [5 prioriteitsniveaus](#)  die predictief zijn voor het risico op institutionalisering (het risico voor opname in een instelling binnen de 90 dagen), de mate van stress bij de zorgverleners en de mate waarop de cliënt beter af zou zijn in een andere zorgsetting:

- 1 = lage behoefte:

Cliënten op het laagste prioriteitsniveau kunnen meestal als zelfstandig worden beschouwd. Deze cliënten vertonen geen lichamelijke gebreken maar wel kleine cognitieve tekortkomingen. Er doen zich geen problemen voor gerelateerd aan gedrag, thuisomgeving, geneesmiddelen of ulcera. Een beperkte vorm van thuiszorg kan echter wel noodzakelijk zijn omwille van vroegtijdig functieverlies op een beperkt aantal gebieden.

- 2 = lichte behoefte:

Cliënten op dit prioriteitsniveau hebben alleen nood aan beperkte hulp door problemen bij het uitvoeren van IADL-activiteiten (bijv., huishoudelijk werk, vervoer) of t.g.v. een verminderd uithoudingsvermogen.

- 3 = matige behoefte:

Cliënten op dit prioriteitsniveau vertonen beginnende functionele tekortkomingen die mogelijks hun onafhankelijkheid kunnen bedreigen. Het gaat hier om problemen gerelateerd aan de thuisomgeving, geneesmiddelenbeheer of lichamelijke gebreken gecombineerd met lichte cognitieve tekortkomingen.

- 4 = hoge behoefte:

Cliënten op dit prioriteitsniveau ondervinden meer complexe problemen gerelateerd aan o.a. gedrag of lichamelijke gebreken gecombineerd met cognitieve tekortkomingen. In deze groep is het risico op institutionalisering en de stress bij mantelzorgers verhoogd.

- 5 = zeer hoge behoefte:

Cliënten op het hoogste prioriteitsniveau vertonen belangrijke functionele gebreken op verschillende gebieden die een grote impact hebben op het al dan niet onafhankelijk kunnen blijven. Beïnvloedende factoren zijn o.a. de aanwezigheid van fysieke (ADL) en cognitieve tekortkomingen, vallen, gedragsproblemen en ronddolen. De kans op een opname in een instelling ([Kans op opname in een instelling-CAP](#)) en de stress bij mantelzorgers is in deze groep het hoogst.

Het algoritme is gebaseerd op een breed gamma van klinische variabelen in het interRAI-beoordelingsinstrument voor de [thuiszorg \(Home Care\)](#):

- afname van het activiteitsniveau; [totaal aantal uur lichamelijke activiteit of oefening in de laatste 3 dagen \(G4a\)](#)
- verzwakking van IADL-mogelijkheden; [maaltijdbereiding \(G1ab\)](#), [huishoudelijk werk \(G1bb\)](#) en [vervoer \(G1hb\)](#)
- verzwakking van het ADL-functioneren; [baden \(G2a\)](#), [persoonlijke hygiëne \(G2b\)](#), [zich verplaatsen \(G2f\)](#), [toiletgebruik \(G2h\)](#) en [eten \(G2j\)](#) (G2b, G2f, G2h en G2j = [ADL Hierarchy Scale](#))
- verzwakking op cognitief vlak; [cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming \(C1\)](#), [kortetermijngeheugen \(C2a\)](#), [procedureel geheugen \(C2b\)](#), [uiting – zichzelf duidelijk maken \(D1\)](#) en [eten \(G2j\)](#) (= [CPS2 Scale](#))
- [kans op opname in een instelling-CAP](#)
- stoornissen in het gedrag; [verbaal geweld \(E3b\)](#), [lichamelijk geweld \(E3c\)](#), [sociaal ongepast of storend gedrag \(E3d\)](#) en [verzet zich tegen zorg \(E3f\)](#)
- achteruitgang van de besluitvorming; [verandering in beslissingsbekwaamheid ten opzichte van 90 dagen geleden \(C5\)](#)
- problemen betreffende de [mogelijkheden voor geneesmiddelenbeheer \(G1db\)](#)
- [doorligwonde met hoogste ernstgraad \(L1\)](#)
- veranderingen in de woonomgeving; [achterstallig onderhoud \(Q1a\)](#), [smerige woon- en leefomstandigheden \(Q1b\)](#), [onvoldoende verwarming of afkoeling \(Q1c\)](#), [gebrek aan persoonlijke veiligheid \(Q1d\)](#) en [beperkte of gebrekkige toegang tot de woning of de woonvertrekken \(Q1e\)](#)
- [valincidenten \(J1\)](#)
- problemen bij de [manier van voedselinname \(slikproblemen\) \(K3\)](#)
- [ronddolen \(E3a\)](#)


Cliënten die zich situeren op het hoogste prioriteitsniveau worden verondersteld bijna 9 keer meer kans te hebben om te worden geïnstitutionaliseerd dan de cliënten op het laagste prioriteitsniveau.

Deze differentiatie volgens prioriteitsniveaus kan aanleiding zijn voor meer persoonsgerichte aanbevelingen bij de toewijzing van middelen en de realisatie van een optimaal zorgverleningsmodel.

Het gaat er hier uiteraard niet om de MAPLe te gebruiken als een geautomatiseerde besluitvorming verstoeken of ver weg van elk klinisch inzicht. Een interdisciplinair engagement samen met de familie en de cliënt zelf waarbij de individuele sterkte, voorkeur en behoefte van de cliënt mee ter discussie worden genomen om specifieke persoonsgerichte aanbevelingen te formuleren moet de MAPLe-scores aanvullen.

Terwijl de MAPLe kan worden gebruikt bij het nemen van beslissingen op cliëntniveau kan het algoritme ook worden gebruikt met geaggregeerde data voor het evalueren van zorgprocessen op diverse (regionale, nationale, internationale, ...) niveaus (benchmarking).

Bronnen en aanvullende literatuur

[The Method for Assigning Priority Levels \(MAPLe\): A new decision-support system for allocating home care resources](#) 

[MAPLe Home Care 2008 \(PDF\)](#) 

Pain Scale


De **Pain Scale** of **Pijnschaal** werd, oorspronkelijk voor instellingen (LTCF) en later aangepast voor gebruik in andere zorgsettings, ontworpen om de gerapporteerde aanwezigheid en intensiteit van pijn op een eenvoudige en overzichtelijk manier weer te geven. De schaal verdeelt personen in 5 gemakkelijk te begrijpen hiërarchische pijncategorieën en gebruikt daarvoor 2 items:

- pijnfrequentie,
- pijnintensiteit

(J6a, J6b bij [Home Care](#), [LTCF](#) en [Acute Care](#); C1a, C1b bij [Palliative Care](#)) om 5 scores van 0 tot 4 samen te stellen.

- 0 = geen pijn
- 1 = minder dan dagelijks pijn
- 2 = dagelijks matige pijn
- 3 = dagelijks ernstige pijn
- 4 = dagelijks vreselijke of ondraaglijke pijn

Bronnen en aanvullende literatuur

Over deze schaal is de volgende referentie beschikbaar op de [interRAI-website](#) 

Pressure Ulcer Risk Scale (PURS)

De **Pressure Ulcer Risk Scale** of PURS steunt op wetenschappelijk onderzoek, advies van klinische experts en gegevens die afkomstig zijn van interRAI-beoordelingen (Ontario). De schaal onderscheidt de risico's op het ontwikkelen van doorligwonden bij personen die **geen doorligwonden** vertonen op het moment van de beoordeling.

De PURS steunt daarvoor op de volgende items:



- stoelgangcontinentie,
- beweeglijkheid in bed,
- wandelen,
- gewichtsverlies,
- eerder een doorligwonde gehad,
- pijnfrequentie,
- en dyspneu

([H3](#), [G2i](#), [G2e](#), [K2a](#), [L2](#), [J6a](#), [J4](#) bij Home Care; [H3](#), [G1i](#), [G1e](#), [K2a](#), [L2](#), [J6a](#), [J4](#) bij LTCF; [K3](#), [J2g](#), [J2c](#), [D2a](#), [E2](#), [C1a](#), [C2](#) bij PC) om 5 risicocategorieën samen te stellen:

- 0 = zeer laag risico
- 1 of 2 = laag risico
- 3 = matig risico
- 4 of 5 = hoog risico
- 6, 7 of 8 = zeer hoog risico

Bij opeenvolgende beoordelingen functioneert een gewijzigde score - sinds de laatste beoordeling - als trigger. Doordat er gebruik wordt gemaakt van gegevens afkomstig uit items van de interRAI- beoordelingsinstrumenten ("knowledge transfer") die op het moment van de zorg worden verzameld wordt het beoordelingsproces vereenvoudigd. In settings waar interRAI-beoordelingsinstrumenten worden gebruikt kunnen andere beoordelingsprocedures i.v.m. doorligwonden (bijvoorbeeld de BRADEN-schaal) op die manier overbodig worden gemaakt. De schaal kan tevens als leidraad worden gebruikt ter ondersteuning (niet ter vervanging) van het beoordelingsproces - bij het bepalen van hulpmiddelen of een klinische interventie ter preventie van doorligwonden - en het implementeren/opvolgen van een zorgplan.

Opmerking:

- De schaal kan ook manueel op een worksheet ([Home Care](#) , [LTCF](#) ) worden ingevuld bijvoorbeeld:
 - wanneer er nog geen beoordeling(sinstrument) werd afgesloten in de webapplicatie van BelRAI (de eerste dagen van opname) en men snel op de hoogte wenst te zijn van het risico op het ontwikkelen van doorligwonden,
 - wanneer men een aparte - bijvoorbeeld wekelijkse - tussentijdse screening wil uitvoeren zonder daarvoor een nieuwe beoordeling op te starten in BelRAI.
- Wanneer men alleen gebruik wil maken van een worksheet worden volgende beoordelingsmomenten aanbevolen:
 - zo dicht mogelijk bij het moment van opname,
 - daarna elke week gedurende 4 weken,
 - als een verandering van de gezondheidstoestand wordt waargenomen,
 - daarna driemaandelijks.





Bronnen en aanvullende literatuur

[Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale \(PURS\) for use in long-term care and home care settings](#)



Decubituschaal

De **Decubituschaal** geeft de geregistreerde toestand weer op gebied van de ernstigste huidige doorligwonde of decubitus (Sectie [L1](#) bij HC, Sectie [L1](#) bij LTCF en Sectie [L1](#) bij AC). De schaal onderscheidt 6 niveaus van 0 tot 5:

- 0 = geen doorligwonde
- 1 = niet wegdrukbare roodheid op om het even welke plaats ([Graad 1:](#) )
- 2 = oppervlakkige beschadiging van huidlagen of blaarvorming ([Graad 2:](#) )
- 3 = huiddefect (krater) met schade of necrose van huid en subcutis ([Graad 3:](#) )
- 4 = uitgebreide aantasting en necrose van onderliggende en/of ondersteunende weefsels en structuren ([Graad 4:](#) )
- 5 = ernst niet te bepalen door bijvoorbeeld grote hoeveelheid necrotische korst

Bronnen en aanvullende literatuur

Over deze schaal is informatie beschikbaar op:

[Defloor T., Herremans A., Grypdonck M. et al. Herziening Belgische richtlijnen voor Decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2004.](#) 