

IGAP-SCALE

Erhebungsbogen zur Versorgung von

- Dekubituspatienten
- Dekubitusrisikopatienten
- Schmerzpatienten

IGAP

Institut für Innovationen im Gesundheitswesen
und angewandte Pflegeforschung
Tel.: 0 47 61 / 8 86 74

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Hauptproblem der Pflege stellt immer wieder die frühzeitige Erkennung, aber auch die richtige Einschätzung von Dekubitusrisiken und Dekubitusgeschwüren dar. Mit der „IGAP-SCALE“ möchten wir Ihnen einen Erhebungsbogen zur Hand geben, der diese Problematik nicht nur entscheidend vereinfacht, sondern auch eine optimale Versorgung des Patienten gewährleistet.

Die „IGAP-SCALE“ wurde vom Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung „IGAP“ erarbeitet. Dabei wurden alle maßgeblichen Kriterien zum Thema Dekubitus aus ambulanter und stationärer Pflege berücksichtigt. Dieser Erhebungsbogen bildet die fachliche Grundlage zur Versorgung von Dekubitus-, Dekubitusrisiko- und Schmerzpatienten.

Bevor Sie nun mit dem Ausfüllen des Erhebungsbogens beginnen, möchten wir Ihnen nachfolgend einige interessante und nützliche Hinweise geben.

Vom Erhebungsbogen zur Versorgung

Der Erhebungsbogen „IGAP-SCALE“ muss von einer Pflegefachkraft ausgefüllt werden. Nach Auswertung des Bogens kann dieser als Ergänzung den Krankenunterlagen des Patienten beigelegt werden, um somit die pflegerischen Maßnahmen einzuleiten.

Für die Versorgung des Patienten mit einem Heil- und Hilfsmittel wird der ausgefüllte Erhebungsbogen (ggf. auch eine Kopie) zusammen mit einem entsprechenden Kostenvoranschlag durch den Sanitätsfachhandel an die zuständige Krankenkasse weitergereicht. Diese entscheidet dann im jeweiligen Einzelfall über eine Bereitstellung bzw. Kostenübernahme des vom Fachhandel empfohlenen Hilfsmittels. Nach Bewilligung durch den Kostenträger übernimmt Ihr zuständiger Fachhändler die Auslieferung und Einweisung des Hilfsmittels.

Was müssen Sie ausfüllen?

Die „IGAP-SCALE“ wurde entwickelt, um eine optimale Versorgung von Dekubitus-, Dekubitusrisikopatienten, aber auch Schmerzpatienten sicherzustellen.

Für die Feststellung des Dekubitusrisikos bzw. die Beschreibung eines Dekubitus füllen Sie die Seiten 1-4 des Erhebungsbogens aus. Bei der Ermittlung des Dekubitusrisikos (3a/3b) wählen Sie bitte nach Bedarf zwischen der modifizierten Norton-Skala und der Braden-Skala. Die Abbildungen 5a/5b werden je nach Geschlecht des Patienten verwendet. Vergessen Sie zum Schluss nicht Ort, Datum, Unterschrift, sowie einen Stempel des Sanitätshauses.

Für die Erhebung bei einem Schmerzpatienten ist das Ausfüllen der Seite 5 ausreichend. Auch hier Ort, Datum, Unterschrift, Stempel des Sanitätshauses nicht vergessen.

Ausfüllhinweise

Der Erhebungsbogen „IGAP-SCALE“ ermittelt den Hautzustand des Patienten, das Dekubitusrisiko nach modifizierter Norton-Skala oder Braden-Skala, sowie das Dekubitusstadium nach Seiler. Weiterhin bietet er die Möglichkeit die vorhandenen Dekubi auf den dargestellten Skizzen exakt zu markieren.

Tragen Sie Punkt für Punkt die von Ihnen festgestellten Schädigungen und/oder Defizite in den Erhebungsbogen ein.

Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass alle Angaben auf diesem Bogen vertraulich behandelt werden und ausschließlich der Versorgung des Patienten dienen.

Sollten Sie der Meinung sein, dass wir etwas auf diesem Erhebungsbogen vergessen haben, um die Versorgung von Dekubitus-, Dekubitusrisiko- und Schmerzpatienten sicherzustellen, so möchten wir Sie bitten uns Ihre Änderungs- und Optimierungsvorschläge mitzuteilen.

**IGAP · Stader Str. 8 · 27432 Bremervörde
Tel.: 04761/886-74 · Fax: 04761/886-69**

Persönliche Daten des Patienten

1 Name, Vorname: _____ Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Geb.-Datum: _____ ☐ 1. Erhebung ☐ Wiederholung (Datum) _____

Krankenkasse: _____

Diagnose/Krankheitsbilder: _____

Hautzustand des Patienten

2 **Farbe der Haut:** ☐ gelblich ☐ rosig
☐ bläulich ☐ weißlich
☐ gräulich

Spannungszustand der Haut: ☐ hoch
☐ mittel
☐ niedrig

Hautzustand in Bezug auf Verletzungen: ☐ Blasen ☐ Schuppungen
☐ Narben ☐ allergische Reaktionen
☐ sonstige pathologische Veränderungen

Hautsensibilität: ☐ sehr hoch ☐ normal
☐ stark eingeschränkt ☐ nicht vorhanden

Hautreaktionen auf bestimmte Pflegemittel: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, auf welche: _____

Modifizierte Norton-Skala:

3a	Bereitschaft z. Kooperation/ Motivation	Alter	Hautzustand	Zusatz- erkrankungen	Körperlicher Zustand	Geistiger Zustand	Aktivität	Beweglich- keit	Inkontinenz	Punkte
	voll	<10	in Ordnung	keine	gut	klar	geht ohne Hilfe	voll	keine	4
	wenig	<30	schuppig, trocken	Abwehr- schwäche, Fieber, Diabetes Anämie	leidlich	apathisch, teilnahmslos	geht mit Hilfe	kaum einge- schränkt	manchmal	3
	teilweise	<60	feucht	MS, Adipositas, Karzinom	schlecht	verwirrt	rollstuhlbe- dürftig	sehr einge- schränkt	meistens Urin	2
	keine	>60	Wunden, Allergierisse	arterielle Verschluss- krankheit	sehr schlecht	stumpfsinnig stuporös	bettlägerig	voll einge- schränkt	Urin und Stuhl	1

Der Zustand des einzuschätzenden Patienten muss in jeder Spalte der Skala einer der vier möglichen Beschreibung zugeordnet werden. Die einzelnen Punktwerte werden addiert. Sollte eine Summe von 25 oder weniger Punkten resultieren, besteht ein Dekubitusrisiko. Je weniger Punkte, desto größer das Risiko. Zur Verhinderung eines Druckgeschwürs sind daraufhin die notwendigen pflegerischen Maßnahmen zu planen, einzuleiten und durchzuführen.

Dekubitusrisiko nach modifizierter Norton-Skala: ☐ niedrig (25 - 24) ☐ hoch (18 - 14)
☐ mittel (23 - 19) ☐ sehr hoch (13 - 9)

Braden-Skala:

3b

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Sensorisches Wahrnehmung Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren	Vollständig ausgefallen <ul style="list-style-type: none"> - keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung oder - Missempfindungen/ Schmerzen über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen. 	stark eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> - Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden oder - sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/ Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen. 	Geringfügig eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> - Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden oder - sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/ Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen. 	Nicht eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> - Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen/ Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	Ständig feucht <ul style="list-style-type: none"> - Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin, usw. - Nässe wird bei jedem Bewegen festgestellt. 	Oft feucht <ul style="list-style-type: none"> - Die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden. 	Manchmal feucht <ul style="list-style-type: none"> - Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden. 	Selten feucht <ul style="list-style-type: none"> - Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.
Aktivität Grad der körperlichen Aktivität	Bettlägerig <ul style="list-style-type: none"> - Das Bett kann nicht verlassen werden 	Sitzt auf <ul style="list-style-type: none"> - Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. - Kann sich selbst nicht aufrecht halten und/oder - braucht Unterstützung beim Hinsetzen. 	Gehen <ul style="list-style-type: none"> - Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. - Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl. 	Regelmäßiges Gehen <ul style="list-style-type: none"> - Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. - Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.
Mobilität Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern	Vollständige Immobilität <ul style="list-style-type: none"> - Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt. 	Stark eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> - Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig. 	Gering eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> - Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt. 	Nicht eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> - Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.
Allgemeines Ernährungsverhalten	Schlechte Ernährung <ul style="list-style-type: none"> - Isst die Portionen nie auf. - Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. - Isst nur 2 eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch). - Trinkt zu wenig. - Trinkt keine Ergänzungskost oder - wird per Sonde oder - seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt. 	Unzureichende Ernährung <ul style="list-style-type: none"> - Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. - Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen täglich. - Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen oder - erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkost bzw. Sondenernährung. 	Ausreichende Ernährung <ul style="list-style-type: none"> - Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. - Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten, an oder - wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe. 	Gute Ernährung <ul style="list-style-type: none"> - Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. - Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. - Braucht keine Nahrungsergänzungskost.
Reibungs- und Scherkräfte	Problem <ul style="list-style-type: none"> - Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. - (An-) Heben ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. - Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. - Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung. 	Potenzielles Problem <ul style="list-style-type: none"> - Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. - Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). - Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel/ Rollstuhl/Lehnstuhl). - Rutscht nur selten nach unten. 	Kein feststellbares Problem <ul style="list-style-type: none"> - Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. - Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. - Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei. 	

Der Zustand des einzuschätzenden Patienten muss in jeder Spalte der Skala einer der vier möglichen Beschreibung zugeordnet werden. Die einzelnen Punktwerte werden addiert. Sollte eine Summe von 18 oder weniger Punkten resultieren, besteht ein Dekubitusrisiko. Je weniger Punkte, desto größer das Risiko. Zur Verhinderung eines Druckgeschwürs sind daraufhin die notwendigen pflegerischen Maßnahmen zu planen, einzuleiten und durchzuführen.

4

Dekubitus vorhanden:

☐ ja

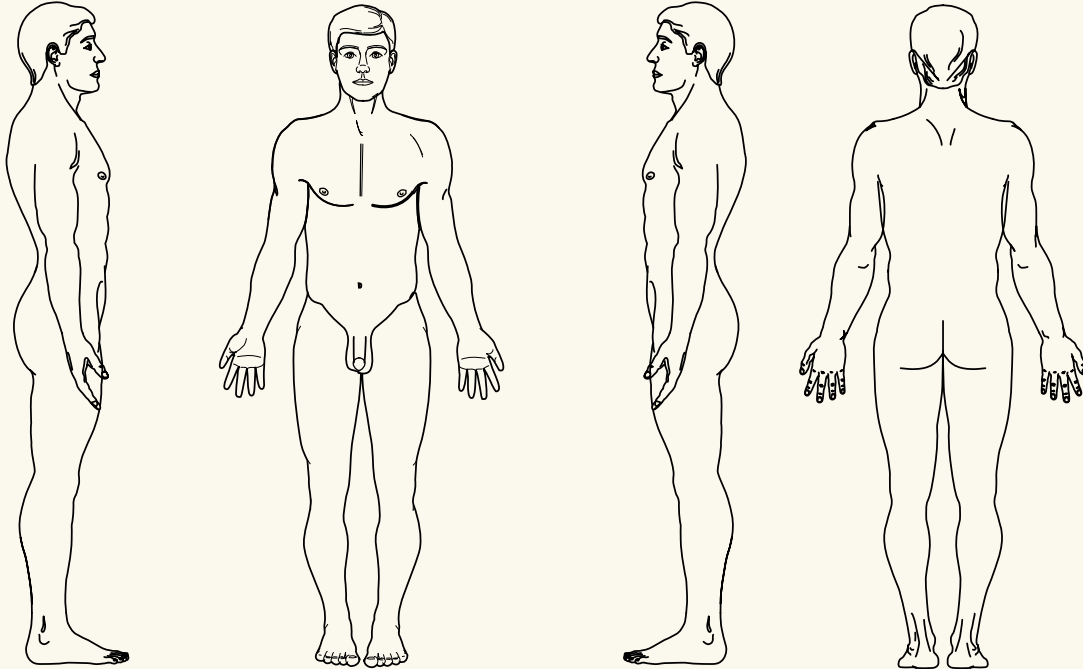
☐ nein

wie viele: _____

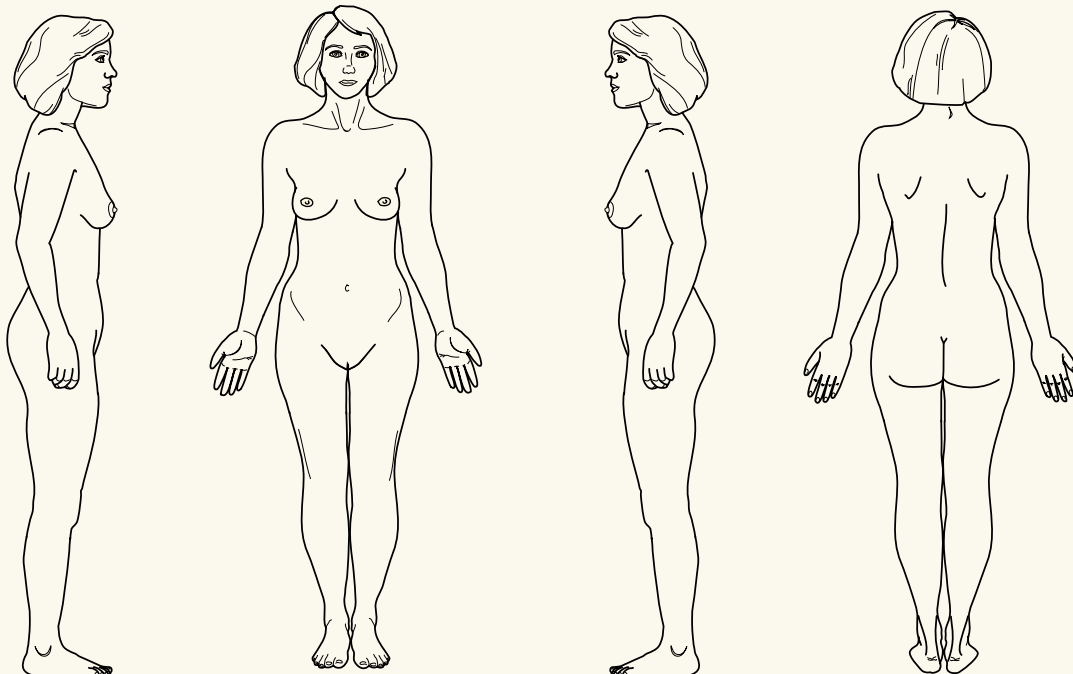
seit wann: _____

Bitte die betreffenden Stellen mit einem Kreuz markieren!

5a



5b



Stadiumeinteilung nach Seiler:

6

- ☐ **I. Grad** (non-Blanching)
- ☐ **II. Grad** (sichtbare Defekte der Haut)
- ☐ **III. Grad** (Defekte bis in das Muskelgewebe)
- ☐ **IV. Grad** (Knochenbeteiligung)

Größe der Wunde:

Durchmesser in cm: _____

Tiefe in cm: _____

Fotodokumentation:

☐ ja

☐ nein

Fotodokumentation

7

Hier Foto einkleben, wenn vorhanden.

8

Beschaffenheit der Wunde:

- ☐ nekrotisch
- ☐ fibrinös
- ☐ granulierend

- ☐ epithelisierend
- ☐ trocken

- ☐ feucht
- ☐ nass

Taschenbildung:

- ☐ ja
- ☐ nein

Wundexudat:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ serös
- ☐ blutig
- ☐ eitrig

Wundränder:

- ☐ entzündet
- ☐ gut abgegrenzt
- ☐ mazerisiert
- ☐ gerollt

9

Therapievorschlag (Bei Bedarf weiteres Blatt beifügen): _____

Ort, Datum, Unterschrift

Stempel des Sanitätshauses

Schmerzpatient: Persönliche Daten des Patienten

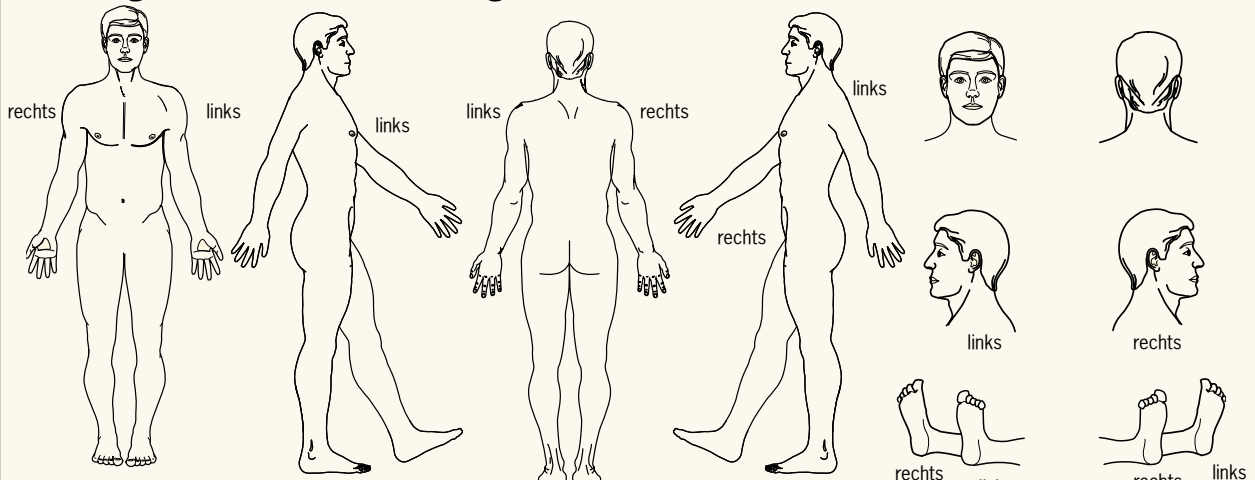
1 Name, Vorname: _____ Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ Kg

Geb.-Datum: _____ ☐ 1. Erhebung ☐ Wiederholung (Datum) _____

Krankenkasse: _____

Diagnose/Krankheitsbilder: _____

2 Erhebung zur Schmerzeinschätzung: (Patient oder Pflegender markiert die Zeichnung und trägt die Schmerzintensität ein.)



Seit wann bestehen die Schmerzen? _____ Datum _____

3 Intensität

kein Schmerz

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 starker Schmerz

(bitte auf Skala ankreuzen)

4 Qualität

☐ stechend ☐ brennend ☐ ziehend

☐ dumpf ☐ klopfend ☐ spitz

5 Therapieverschlagn (Bei Bedarf weiteres Blatt beifügen):

Ort, Datum, Unterschrift

Stempel des Sanitätshauses

Weitere Informationen von „IGAP“

Rund um das Thema „Dekubitus“ wurden vom Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung IGAP weitere interessante und hilfreiche Informationen herausgegeben:

- **Pflege-Info I:**
Warum ist Wechsellagerung nicht immer die richtige Therapie bei Dekubitus ?
Hier wird Ihnen eine kleine Hilfestellung für die Auswahl des geeignetsten Antidekubitus-Systems gegeben.
- **Pflege-Info II:**
MiS Micro-Stimulation – eine neue Dekubitustherapie verändert die Pflege
Erläuterungen von Funktionsweise und positiver Wirkung von MiS Micro-Stimulations-Systemen in der Praxis
- **Pflege-Info III:**
Wichtige Informationen zur Anwendung von Dekubitus-Risiko-Skalen
Erläuterungen zur Anwendung verschiedener standardisierter Risikoerhebungen
- **Pflege-Info IV:**
Pflegerische Unterstützung bei Schmerzpatienten
Tipps für eine gute Schmerzbehandlung für Pflegenden
- **Dekubitus – ein drückendes Problem**
Eine Informationsbroschüre für pflegende Angehörige
- **Wunddokumentation**
Erhebungsbogen zur Wunddokumentation



hier ausschneiden, ausfüllen und in einen Umschlag stecken:

☐ **Ja, ich bin interessiert an weiteren Informationen.**
Bitte senden Sie mir nachfolgende Prospekte:

_____ Stück „**Dekubitus – ein drückendes Problem**“
(Schutzgebühr 2,- Euro pro Stück)

_____ Stück „**Pflege-Info I – IV**“

_____ Stück „**Wunddokumentation**“

_____ Stück „**IGAP-Scale**“

Absender:

IGAP · z. Hd. Frau Wodausch
Stader Str. 8 · 27432 Bremervörde
Tel.: 04761/886-74 · Fax: 04761/886-69 · www.igap.de