

Wondwaaijer



VERPLEEGKUNDIGE
TOPZORG

Colofon

Uitgave: Verpleegkundige Topzorg 2018
Vormgeving: Jipscompany Webproducties, Amsterdam
Print: Drukwerkdeal.nl

www.verpleegkundigetopzorg.nl

Stappenplan voor de complexe zorg

Kenmerken

- Wond waarin het normale wondhelingsproces wordt verstoord op één of meer punten van de fase van hemostase, inflammatie, proliferatie en remodelering (Lazarus et al., 1994)
- Elke acute (na trauma of chirurgie) of chronische (door veneuze of arteriële insufficiëntie, decubitus, diabetes of maligniteit) wond die langer dan verwacht nodig heeft om te genezen, dus bij infectie, ischemie, druk, oedeem, etc. en daarom extra specialistische zorg nodig heeft (NVVH 2013)

Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezingstendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese en diagnose

- A Aard** van de wond, oorzaak van de wond en type wond
- L Locatie** van de wond op het lichaam
- T Tijd**; sinds wanneer is de wond ontstaan en gediagnosticeerd
- I Intensiteit**, ernst van de klacht, VAS pijnscore, pijnstilling, commitment, therapietrouw en ziekte inzicht
- S Samenhang** van de klachten: wat verergert en verzacht het, comorbiditeit, beïnvloedende medicatie, mobiliteit, roken, voedingstoestand, druk- en/of schuifkrachten, andere beïnvloedende factoren

- T (Tissue) Aspect van weefsel.** WCS-model: zwart/geel/rood, necrose, fibrine, (hyper)granulatie
- I (Infection) Tekenen van infectie**
In en rondom de wond (tumor, rubor, calor, dolor, functio laesa)
- M (Moisture) Vochtigheid** van de wond
Mate van exsudatie
- E (Edge) Aspect van de wondrand.** Zijn de wondranden vitaal of a-vitaal
Zijn er tekenen van maceratie
Is er sprake van ondermijning

Behandeling

Algemene overwegingen

- Principes van wondbedpreparatie (avitaal weefsel, necrose, beslag, vreemd lichaamsmateriaal)
- Reiniging met gaas gedrenkt in lauwwarm kraanwater (vooraf kraan 30 seconden laten lopen): poetsen tot debris volledig is verwijderd¹
- Vochtig wondmilieu passend bij de diepte en aard van het defect
- Pijnbestrijding
- Geïnfekteerde wonden niet occlusief verbinden
- Adviezen gelden niet voor oncologische- of brandwonden

Rode Wond	Nat / vochtig	Droog
<i>Diep</i>	Hydrofiber	Hydrofiber bevochtigen met NaCl 0,9%
	Afdekken met siliconen-/schuimverband	Afdekken met siliconen-/schuimverband
<i>Ondiep</i>	Siliconen-/schuimverband	Siliconen-/schuimverband
	Vetgas met absorberend compres	Vetgas met absorberend compres
	Of: kleine ontvellingen laten indrogen	Of: niet verbinden

Gele Wond	Nat / vochtig	Droog
	Alginaat	Alginaat bevochtigen met NaCl0,9%
	Afdekken met siliconen-/schuimverband	Afdekken met siliconen-/schuimverband

Zwarte Wond	Nat / vochtig / rode rand / pus	Droog
	Restnecrose met alginaat en afdekken met vetgas en absorberend compres of siliconen- /schuimverband	Genezing onder de korst
	Scherp debridement	
	Natriumhypochloriet 0,25% in paraffine emulsie (eusol)	

Wondverbanden

Factoren van invloed op de keuze van het wondverband

- Pijn
- Praktische uitvoerbaarheid
- Conditie van de wondranden en wondomgeving
- Hoeveelheid exsudaat
- Allergie en verdraagzaamheid
- Andere behandelingen (bestraling)
- Kosten

1: Magson 2006, Gouveia 2007, van Gemeren 2009

Kenmerken

- Een primair gesloten chirurgische wond is een steriele wond met gladde wondranden
- Voor het sluiten van de wond kan gebruik worden gemaakt van hechtstrips, agraves, hechtingen of huidlijm
- Een secundair genezende chirurgische wond is een open wond. De wondranden wijken en het wondbed is zichtbaar

Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezingstendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese

Aandacht voor:

- Ontstaan, duur en beloop
- Beperkingen in mobiliteit
- Beperkingen in reageren op pijn
- Koorts
- Aard wond en locatie
- Diabetes mellitus, circulatiestoornissen, paresthesiën, voedingstoestand
- Huidafwijkingen

Observatie / onderzoek

- Aspecten van de huid, wond en wond-omgeving
- Wondclassificatie volgens TIME (tissue/infection/moisture/edge) en zwart-geel-rood model (WCS)
- Preventie van wondinfectie
- Algeheel lichamelijk onderzoek

Mogelijke aanvulling:

- Bloedonderzoek
- Wondkweek

Resultaten

Wond is genezen:

- Voorkom druk- en schuifkrachten op het operatiegebied

Redenen voor verwijzing:

- Wondinfectie, necrose of dehiscentie: behandelend arts/chirurg
- Afwijkende, vertraagde of gestoorde wondgenezing: Verpleegkundige Topzorg

Diagnose en beleid in overleg met (huis)arts

Primair gesloten, niet lekkende wond

- Wondbedekker wordt 48 uur na de operatie verwijderd
- Bij verzadiging wondverband eerder vervangen en huid, wond en wondomgeving inspecteren volgens strikt aseptische werkwijze
- Gesloten, niet lekkende wond niet meer bedekken na 48 uur

Primair gesloten, lekkende wond

- Wondvocht wordt opgevangen door wondbedekker
- Wondbedekker vervangen bij verzadiging
- Reinigen met gaas gedrenkt in lauwwarm kraanwater (vooraf kraan 30 sec. laten lopen) poetsen tot debris volledig is verwijderd¹
- Bij verbandwissel inspectie op maceratie, ondermijning en dehiscentie
- Inspectie en verbinden volgens strikt aseptische werkwijze

Secundair genezende wond

- Wondbedpreparatie en behandeling op geleide kleur, vochtigheid, conditie wondranden en exsudaat management
- Consulteer het wondteam voor advies wondzorg

1: Magson 2006, Gouveia 2007, van Gemeren 2009

Volgens richtlijn:

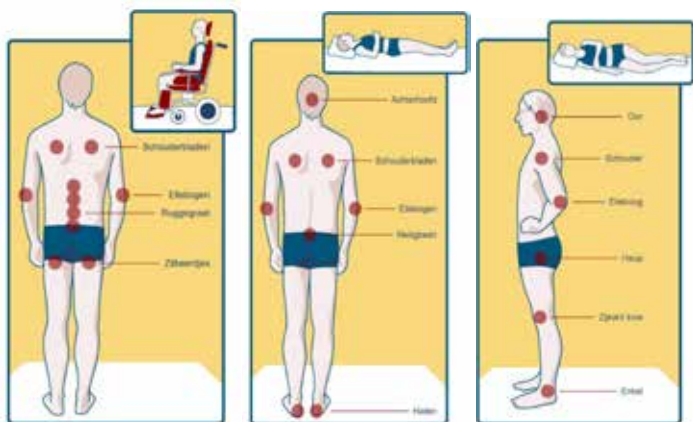
Wondzorg, 2013 NVvh en WIP postoperatieve wondinfecties 2011

Kenmerken hoog risico

- Patiënt is bedlegerig of zit langdurig in dezelfde houding
- Patiënt verandert niet zelfstandig van houding
- Wisselhouding wordt niet of moeilijk verdragen
- Patiënt reageert niet (adequaat) op pijnprikkels bijvoorbeeld door pijnmedicatie, sedatie, delier, etc.
- Patiënt heeft afwijkingen aan de huid anders dan decubitus
- Patiënt heeft in het verleden decubitus gehad
- Patiënt heeft sensibiliteitsstoornissen als gevolg van onderliggend lijden (vb. dwarslaesie, spina bifida, MS, polyneuropathie)

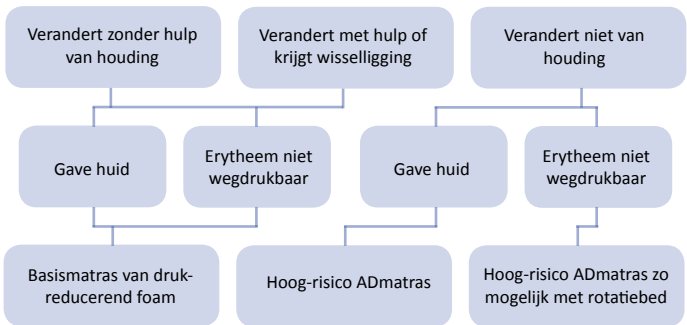
Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezigstendens:
stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg
verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Observatie op drukpunten



Preventie decubitus

- Maak een risico-inschatting
- Maak een tijdschema. Wisselhouding elke vier uur in bed en elk kwartier in stoel
- Bij minimale zijligging of verplichte rugligging rolkussens inzetten
- Hielen vrij m.b.v. onderbeen kussen zodat hielen helemaal zweven
- Bij onrust of ongemak: hiel- en enkelbeschermer (zwevende hielen!)
- Observeren op drukpunten met name ter hoogte van botuitsteeksels
- Bij het ontstaan van (niet wegdrubbare) roodheid extra aandacht voor drukreductie
- Overweeg antidecubitusmatras en/of antidecubituszitkussen
- Ergotherapie inschakelen bij sensibiliteitsstoornissen zoals dwarslaesie, MS, spina bifida en neurologische stoornissen
- Pas huidverzorging toe
- Cave voedingstoestand, bij slechte voedingstoestand diëtist inschakelen!



Lighoudingen



Volgens richtlijn: V&VN, EPUAP 2011

Decubitus



Kenmerken

Ulcus ten gevolge van druk, mogelijk met schuifkrachten

- Een gelokaliseerde beschadiging van de huid
- Vaak ter hoogte van een botuitsteeksel
- Locatie afhankelijk van de lig- of zithouding van de patiënt
- Bij druk scherpe omgrenzing van het ulcus
- Bij schuiven grillig ulcus, vaak met induratie en schubeffect
- Een gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkrachten

Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezings-tendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese

Aandacht voor:

- Ontstaan, duur en beloop
- Eerder doorgemaakt decubitus- of huidletsel
- Beperkingen in mobiliteit
- Beperkingen in reageren op pijn
- Diabetes Mellitus, circulatie-stoornissen, paresthesiën, voedingstoestand
- Andere huidafwijkingen

Observatie en onderzoek

Aandacht voor:

- Aspecten van de huid, wond en wond-omgeving
- Infectie: rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa
- Locatie ten opzichte van botuitsteeksel

Mogelijke aanvullingen:

- Bloedonderzoek
- Vaatonderzoek
- Röntgenonderzoek
- Zitdrukmeting
- Wondkweek

Resultaten

Bij alle categorieën ter preventie:

- Voorkom druk en schuifkrachten
- Observeer dagelijks op drukpunten
- Stimuleer patiënt tot wisselhouding
- Bij roodheid drukpunten vrijleggen
- Goede voedingstoestand
- Zie ook: kaart decubituspreventie
- Spoor de oorzaak op en neem zo mogelijk weg!

Redenen voor verwijzing:

- Afwijkende wondgenezing
- Necrotectomie: plastisch chirurg
- Decubitus categorie 3 en 4: diëtist
- Decubitus door (rol)stoel: ergotherapie of zitdrukpoli

Verwijs altijd bij decubituscategorie 3, 4 en 5!

Diagnose en beleid in overleg met (huis)arts

Categorie 1: niet-wegdrukbare roodheid bij een intacte huid

- Informeer de patiënt over preventie
- Wisselhouding elke 4 uur in bed en elk kwartier in de stoel

Categorie 2: verlies van een deel van de huidlaag of blaar

- Kleine oppervlakkige ontvelling laten drogen aan de lucht
- Eventueel extra indrogen door meerdere malen per dag een dun laagje zinkolieFNA aan te brengen in de ontvelling
- Grote ontvelling: kies een verband dat de wond vochtig houdt
- Blaar intact houden

Categorie 3: verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)

- Behandeling op geleide kleur, vochtigheid, conditie, wondranden en exsudaat management
- Reinigen van debris, avitaal weefsel en verbandresten

Categorie 4: verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)

- Wondbedpreparatie en behandeling op geleide kleur, vochtigheid, conditie wondranden en exsudaatmanagement
- Reinigen van debris, avitaal weefsel en verbandresten
- Consulteer huisarts/verpleegkundig specialist/medisch specialist

Categorie 5: niet classificeerbaar, diepte onbekend, waarschijnlijk diepe schade

- Consulteer huisarts/verpleegkundig specialist/medisch specialist

Diabetische voet



Kenmerken

- Wondje aan de voeten ontstaan ten gevolge van diabetes
- Slechte doorbloeding door vaatvernauwing en/of verharding van de vaatwanden
- Verminderd gevoel (neuropathie) in de voet
- Afwijkingen van de stand die geleidelijk ontstaan door weefselvorming
- Defecten door eeltvorming op plaatsen waar sprake is van veel druk
- Droge huid, wonden, fissuren en kloven, mogelijk oedeem

Bij diabetische wonden langer dan 2 weken open met weinig tot geen genezings-tendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese

Aandacht voor:

- Ontstaan, duur en beloop
- Nb wond onder voet bij DM direct melden bij huisarts!
- Bloedsuiker en controle
- Claudicatio intermittens
- Mobiliteit en schoeisel
- Eerder doorgemaakte ulcus of voetoperatie
- Slechte visus
- Pijn: neuropathisch/vasculair
- Infectie/Charcot
- Zelfzorg en sociaal isolement
- Voorlichting en leefregels

Observatie en onderzoek

Aandacht voor:

- Neuropathie
- Angiopathie
- Mobiliteit
- Voetafwijking en eeltvorming
- Charcot voet
- Aspecten van huid, wond en wondomgeving
- Infectieverschijnselen

Mogelijke aanvullingen:

- Bloedonderzoek
- Röntgen onderzoek
- Wondkweek/biopsie
- Vaatonderzoek
- Podo therapeut/medisch pedicure

Diagnose en beleid in overleg met (huis)arts

Classificatie University of Texas

Diepte

- Graad 0: genezen wond of risico voet
- Graad 1: oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot
- Graad 2: wond penetreert tot op kapsel of pees
- Graad 3: wond penetreert in gewricht of op bot

Infectie / ischemie

- Stadium A: goed doorbloede, niet geïnfecteerde wond
- Stadium B: niet ischemische, geïnfecteerde wond
- Stadium C: ischemische, niet geïnfecteerde wond
- Stadium D: ischemische, geïnfecteerde wond

Behandeling door multidisciplinair voetenteam!!

- Systemische behandeling (insulinetherapie, voeding, medicatie)
- Infectie bestrijden
- Circulatieherstel; vaatchirurg
- Drukontlasting (dekenboog, hielen vrij, schoenen)
- Debridement en eelt verwijderen
- Wondzorg in overleg met Verpleegkundig Specialist
- Voorlichting en leefregels

Resultaten

- Voorkom druk op de voeten
- Draag passend schoeisel
- Observeer de voeten dagelijks
- Reinig de voeten en goed drogen
- Vet de droge huid met een neutrale zalf of vette crème
- Zorg voor deskundige follow-up
- Podoloog of medisch pedicure met aantekening voor voet- en nagelverzorging

Redenen voor verwijzing:

- Geen genezingstendens binnen twee weken:
- Evaluatie behandeling en diagnose
- Uitgebreid vaatonderzoek overwegen

Oncologisch ulcus



Kenmerken

Ulcus ten gevolge van tumorgroei, primair of van metastasen

- Zichtbare afwijkingen van huid of slijmvliezen, gekenmerkt door verkleuring en verschillende groeipatronen
- Uitwendige groei, ulceratie, mogelijkheid met weefselversterf
- Niet of nauwelijks sprake van genezingstendens
- Vaak: pijn, vochtafscheiding, onaangename geur, bloedingsneiging

Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezingstendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese

Aandacht voor:

- Ontstaan, duur en beloop
- Voorgeschiedenis, tumorgerichte therapie, levensverwachting
- Bewegingsbeperking, pijn, angst
- Verlies van vocht, voedingstoestand
- Actuele en te verwachten problemen ten gevolge van het ulcus

Observatie en onderzoek

Aandacht voor:

- Huid, wond en wondomgeving
- Geur, exsudaat, bloedingsneiging, fistelvorming, oedeem
- Cave osteomyelitis bij wond na (mama)amputatie

Mogelijke aanvullingen:

- Wondkweek

Resultaten

Redenen voor verwijzing:

- Infectie of sterke geur: behandelend oncoloog en wondteam
- Ernstige bloeding: radiotherapie of embolisatie
- Wondverbanden en fixatie: palliatief team of verpleegkundig specialist Verpleegkundige Topzorg

Diagnose en beleid in overleg met (huis)arts

Classificatie

- Graad 1: intacte epidermis met dreigende aantasting van de huid door onderliggend tumorweefsel
- Graad 2: beginnende aantasting van de subcutis
- Graad 3: diepe doorgroei met aantasting subcutis
- Graad 4: droge en/of vervloeiende necrose tot 30% van het wondoppervlak
- Graad 5: droge en/of vervloeiende necrose op meer dan 30% van het wondoppervlak

Behandelplan

- Indien mogelijk: behandeling van de oorzaak
- Chirurgisch verwijderen van necrose is meestal gecontraïndiceerd i.v.m. bloedingsrisico
- Medicamenteuze behandeling overwegen bij geurproblemen, bloeding, pijn, enterocutane fistels
- Maximale comfort voor de patiënt

Wondverbanden

- Reinig de wond zo nodig onder de douche of met NaCl 0,9%
- Wondzorg aan de hand van de kleur van de wond, de hoeveelheid exsudaat, voorkomen van bloeden en pijn
- Bij dreigende maceratie van de wondranden: wondrandbeschermende zalf of film
- Fixeer het verband met kledingstukken, op maat geknipt buisverband of incontinentiemateriaal

Tips

- Extra aandacht voor pijn (VAS) en psychosociale ondersteuning
- Bij bloedingsrisico; gebruik donkere handdoeken (zwart en donkerblauw)
- Indien geurproblematiek op de voorgrond staat kies dan voor een geurneutraliserende wondbedekker
- Bij matige bloedingsneiging kies alginaat, bij ernstige bloedingsneigingen kies hemostatische wondmaterialen
- Voor specifieke informatie kijk op www.oncoline.nl

Kenmerken

- Vroege/acute reacties ontstaan 2-3 weken na aanvang van de bestraling. De huid herstelt zich binnen enkele weken. Deze reactie kan nog optreden na het beëindigen van de radiotherapie.
- Late/chronische reacties ontstaan vanaf 6 maanden tot jaren na de radiotherapie

Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezingstendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese

Aandacht voor:

- Ontstaan, duur en beloop
- Ondergane medische behandeling
- Pijn, vermoeidheid, jeuk
- Huidafwijkingen
- Huidinfecties
- Psychosociale aspecten
- Voedingstoestand

Observatie en onderzoek

Aandacht voor:

- Gebruikte bestralingstechniek
- Locatie van het te bestralen gebied (extra gevoelig zijn de huid onder de mamma, de oksel, lies, lip, oorlel en perineum)
- Huidobservatie: kleur, pigmentveranderingen, fibrose, atrofie, tele-angiëctasiën
- Wond en wondomgeving: ulcera, necrose, kleur van eventuele exsudaat

Resultaten

Algemeen:

- Verwijder alle verband, crème of zalf voor de bestraling
- Vermijd direct zonlicht
- Douchen met lauw water
- Vermijd een warm bad, sauna of zonnebank
- Voorkom druk-, schuifkrachten en wrijving
- Pas kleding aan in bestraald gebied
- Heren scheren met scheerapparaat

Redenen voor verwijzing:

- Wondinfectie, sterke geur of necrose: behandelend radiotherapeut en wondteam
- Wondverbanden en fixatie: verpleegkundige specialist

Voorschriften naleven tot twee weken na de bestraling, omdat de straling na het einde van de behandeling nog actief blijft.

Gebruik nooit metaalhoudende zalven en crèmes op een bestraalde huid (zoals zinkzalf).

Diagnose en beleid in overleg met (huis)arts

Graad 0: dichte huid

- Bestraalde huid droog houden en na het douchen droog deppen zonder wrijven

Graad 1: beginnend erytheem, droge desquamatie, epilatie of verminderd zweeten

- De huid meerdere malen per dag insmeren met een neutrale gel of neutrale crème. Twee uur voor de bestraling niet opnieuw aanbrengen.

Graad 2: duidelijk erytheem, vlekkerige natte desquamatie of matig oedeem

In overleg met behandelaar:

- De huid meerdere malen per dag insmeren met een neutrale gel of neutrale crème
- Afdekken met vetgaas en Engels pluksel. Het verband fixeren met verband of een fixatiehemd, maar nooit vastplakken in het bestraalde gebied

Graad 3: uitbreidende nattende desquamatie of pitting oedeem

- Neem contact op met de behandelaar en met de verpleegkundig specialist van Verpleegkundige Topzorg

Graad 4: ulcera of necrose

- Neem contact op met de behandelaar en met Verpleegkundige Topzorg

Ulcus cruris



Kenmerken

- Defect van de huid van het onderbeen tot in de subcutis of dieper met geringe genezingstendens
- Circulatiestoornissen kunnen arterieel en/of veneus van aard zijn
- Vaak in combinatie met oedeem (veneuze insufficiëntie)

Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezingstendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese

Aandacht voor:

- Hoofdklachten en bijkomende klachten: ulcera, oedeem, pijn, koorts
- Duur, beloop
- Eerder doorgemaakte ulcus en behandeling
- Mate van mobiliteit, beweeglijkheid van het enkelgewricht
- Diabetes Mellitus, circulatiestoornissen, reuma, voedings-toestand, medicatiegebruik

Observatie en onderzoek

Aandacht voor:

- Huid, wond en -omgeving (TIME)
- Observatie gehele been, standafwijkingen en drukpunten
- Pulsaties
- Tekenen insufficiëntie van venen, arteriën, lymfoedeem

Mogelijke aanvullingen:

- Wondkweek
- Vaatonderzoek (duplex, enkel/arm index, teendrukmeting)

Resultaten

Ulcus is genezen:

- Overleg over nabehandeling met therapeutische elastische kousen (TEK)
- Advies over dragen kousen (TEK), dagelijks bewegen, goede schoenen, goede voedings-toestand, voorkomen van stoten en stoppen met roken

Redenen voor verwijzing:

Geen genezingstendens binnen een maand:

- Evaluatie behandeling en diagnose
- Uitgebreid vaatonderzoek overwegen

Diagnose en beleid in overleg met (huis)arts

Ulcus ten gevolge van veneus vaatlijden (e/a-index: 0,9 - 1,3)

- Behandeling onderliggend lijden indien mogelijk
- Wondzorg in overleg met verpleegkundig specialist
- Compressietherapie
- Voorlichting en leefregels

Ulcus ten gevolge van arterieel vaatlijden

- Doorverwijzing naar vaatchirurg, behandeling indien mogelijk
- Wondzorg in overleg met verpleegkundig specialist
- Geen compressie
- Voorlichting en leefregels

Ulcus ten gevolge van arterieel en veneus vaatlijden (e/a-index: 0,5 - 0,9)

- Doorverwijzen voor uitgebreid vaatonderzoek, behandeling indien mogelijk
- Wondzorg in overleg met verpleegkundig specialist
- Verminderde compressie (15-25mmHg)
- Voorlichting en leefregels

Ulcus ten gevolge van arterieel en veneus vaatlijden (e/a-index: < 0,5)

- Doorverwijzen naar vaatchirurg, behandeling indien mogelijk
- Wondzorg in overleg met verpleegkundig specialist
- Geen compressie
- Voorlichting en leefregels

Ulcus ten gevolge van diabetes en/of vaatlijden

- Behandeling onderliggend lijden
- Wondzorg in overleg met verpleegkundig specialist

Kenmerken

Incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) ontstaan door overmatige blootstelling aan vocht, chemische en fysische irritatie welke de doorlaatbaarheid van de huid en de functie van de huidbarrière aantasten.

- Roodheid en oedeemvorming
- Locatie peri-anale regio of genitale huid
- In specifieke gevallen gaat IAD gepaard met blaren, erosie of een secundaire huidinfectie
- Bij schuiven: grillig ulcus, vaak met induratie en schubbeffect
- Een gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkrachten

Bij wonden langer dan 3 weken open met weinig tot geen genezingstendens: stem af met huisarts en meld aan bij Verpleegkundige Topzorg verpleegkundigetopzorg@umcg.nl | www.verpleegkundigetopzorg.nl

Anamnese

Aandacht voor:

- Ontstaan, duur en beloop
- Incontinentie, transpiratie
- Lekkende wonden
- Zelfzorg

Observatie en onderzoek

Aandacht voor:

- Aspecten van de huid, wond en wondomgeving
- Locatie, kleur, vorm (kopieletsel), diepte, randen
- Infectieverschijnselen
- Combinatieletsel met druk- of schuifkrachten

Mogelijke aanvulling: Wondkweek

Resultaten

Preventie:

- Patiënt informeren
- Dagelijkse observatie van de huid bij hoog risico patiënt
- Huidplooien droog deppen, ook na wasdoekjes/oliedoekjes

Redenen voor verwijzing:

- Na enkele dagen treedt geen verbetering op
- Afwijkende, vertraagde of gestoorde genezing van het huiddefect

Diagnose en aanbevelingen i.o.m. (huis)arts

Categorie 1 - Aanhoudende roodheid

1A: Aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie

Essentieel Criterium

- **Aanhoudende roodheid**

Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn

Bijkomende criteria

- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie

1B: Aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie

Essentiële criteria: zie cat. 1A

- **Tekenen van infectie**

Zoals een witte schilfering van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (pustels rondom het letsel, kan wijzen op een Candida Albicans schimmelinfectie).

Bijkomende criteria: zie cat. 1A

Categorie 2 - Ontvelling

2A: Ontvelling zonder klinische tekenen van infectie

Essentieel Criterium

- **Ontvelling**

Ontvelling kan zich manifesteren als erosie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren). De huidschade heeft een diffuus patroon.

Bijkomende criteria

- Aanhoudende roodheid. Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.
- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

2B - Aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie

Essentiële criteria Ontvelling: zie cat. 2A

- **Tekenen van infectie**

Zoals een witte schilfering van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (pustels rondom het letsel, kan wijzen op een Candida Albicans schimmel(infectie), beslag aanwezig in het wondbed (geel/bruin/grijsig), groene verkleuring in het wondbed (kan wijzen op een bacteriële infectie met Pseudomonas aeruginosa), overmatig exsudaat, etterige afscheiding (pus) of een glanzend aspect van het wondbed.

Bijkomende criteria: zie cat. 2A

Verantwoording

Verpleegkundige Topzorg brengt de kwaliteit van de wondzorg naar een hoger niveau door de kennis van verpleegkundig specialisten wondzorg en verpleegkundig consulenten wondzorg voor alle zorginstellingen toegankelijk te maken.

Deze wondwaaier dient als hulpmiddel voor alle disciplines werkzaam in de patiëntenzorg in het ziekenhuis en in de regio. Deze wondwaaier is ontwikkeld door diverse verpleegkundig specialisten, aangesloten bij **Verpleegkundige Topzorg**, op basis van geldende richtlijnen.

Verpleegkundige Topzorg is een netwerk van diverse organisaties in het Noorden van Nederland, met als doel: kennis delen en de kwaliteit van zorg verbeteren, door specialistische expertise voor iedereen ter beschikking te stellen.

Het doel van de wondwaaier is:

- Het beschrijven van de meest voorkomende zorgpaden in de complexe wondzorg
- Standaardisatie op het gebied van wondzorg, op basis van wetenschappelijke bewijsvoering.

Door systematisch te sturen op preventie en eenduidige behandeling van patiënten, en door tijdig de juiste expertise in te schakelen, neemt de kwaliteit van zorg toe. Het bundelen van kennis en expertise en de multidisciplinaire samenwerking bij de complexe wondzorg bij deze patiëntengroep is de uitdaging van de toekomst.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:

Verpleegkundige Topzorg

Jintiene Zeilstra: j.t.zeilstra@umcg.nl

Katy van Hasselt: k.van.hasselt@umcg.nl

verpleegkundigetopzorg@umcg.nl

www.verpleegkundigetopzorg.nl

Verpleegkundige Topzorg brengt de kwaliteit van de wondzorg naar een hoger niveau door de kennis van verpleegkundig specialisten wondzorg en verpleegkundig consulenten wondzorg voor alle zorginstellingen toegankelijk te maken.

Deze wondwaaier dient als hulpmiddel voor alle disciplines werkzaam in de patiëntenzorg in het ziekenhuis en in de regio.

Lees meer onder **Verantwoording** op de voorgaande pagina of bezoek onze website:

www.verpleegkundigetopzorg.nl

Inhoudsopgave

Wondzorg stappenplan

Chirurgische wond

Decubitus preventie

Decubitus

Diabetische voet

Oncologisch ulcus

Stralingswond

Ulcus cruris

Vochtletsel