

WENS
Wond Expertise Netwerk Salland

Transmurale richtlijnen wondzorg

- Complexe wondbehandeling
 - Wondzorg in Salland
- Ambulante compressie therapie
 - Diabetische voet
 - Decubitus
 - Smetten
- Verbandmiddelen



Sensire

Deventer
ziekenhuis

Transmurale richtlijn complexe wondbehandeling

TIME

Door het wegnemen van barrières (TIME) wordt de wondgenezing ondersteund.

T = tissue

weefsel vitaal/niet vitaal

I = infection

aanwezig, wel of niet

M = moisture

vochtbalans, mate van exsudaat

E = edge

wondranden niet sluitend of ondermijnd

Voor oncologische- en brandwonden gelden andere richtlijnen

Behandel de oorzaak

Zowel systemische als locale factoren zijn van invloed op de wondgenezing.

Voor een ongecompliceerde wondgenezing is behandelen van beide belangrijk.

Probleem	Oorzaak	Oplossing
Decubitus / diabetische voet	Druk / schuifkrachten	Druk / schuifkrachten wegnemen
Veneuze insufficiëntie	Lokaal oedeem veneuze hypertensie	Analyse veneus systeem compressie therapie
Arteriële insufficiëntie	Ischemie	Analyse arterieel systeem / revascularisatie
Diabetische voet	Druk / ischemie / neuropathie	Multidisciplinaire analyse behandelen

Algemene tips

- Bij verbandwisseling reinigen met Advacyn, Prontosan of (lauw) kraanwater (kraan eerste 30 seconden laten doorstromen)
- Aantal verbandwisselingen per dag/week is afhankelijk van hoeveelheid exsudaat
- Gekozen materiaal moet contact maken met de wondbodem, wond dient ten alle tijden opgevuld te worden
- Wondranden alleen beschermen/behandelen bij verweking.
- Bij pijn; neem pijn anamnese af en pas pijn interventies toe in overleg met arts
- Let op; lees altijd specifieke gebruiksaanwijzing van het wondproduct
- Vergoeding van verbandmateriaal; Als een wond binnen 2 weken geneest is er geen vergoeding. Als een wond langer dan 2 weken bestaat of de verwachting is dat wond niet binnen 2 weken geneest dan wordt het verbandmateriaal gelijk vergoed

Wondprotocol volgens TIME

Tissue (Weefsel)	Infection (Infectie)	Moisture (Vochtbalans)	Productkeuze
Zwarte wond; Necrose	Nee	Droog	Droog houden
Doel; necrose verwijderen middels chirurgisch debridement en necrose oplossing	Ja	Vochtig / nat / droog	<ul style="list-style-type: none"> • Gaaskompres met reinigingsvloeistof Advacyn / Prontosan® • Gaaskompres met PHMB kerlix AMD® • Hydrofiber Exufiber en aquacel® • Flaminal forte®
Gele wond; Fibrine	Nee	Droog	<ul style="list-style-type: none"> • Gaaskompres met reinigingsvloeistof Advacyn / Prontosan® • Flaminal hydro® • Urgotall AG®
Doel; fibrine verwijderen middels chirurgisch debridement en reinigen		Vochtig / nat	<ul style="list-style-type: none"> • Gaaskompres met reinigingsvloeistof Advacyn / Prontosan® • Gaaskompres met PHMB kerlix AMD® • Hydrofiber Exufiber en aquacel® • Flaminal forte®
	Ja	Droog	<ul style="list-style-type: none"> • Gaaskompres met reinigingsvloeistof Advacyn / Prontosan® • Flaminal hydro® • Urgotall AG®
		Vocht / nat	<ul style="list-style-type: none"> • Gaaskompres met reinigingsvloeistof Advacyn / Prontosan® • Gaaskompres met PHMB kerlix AMD® • Hydrofiber Exufiber en aquacel® • Flaminal forte®
Rode wond; Granulatie / Epitheliasatie	Nee	Droog	<ul style="list-style-type: none"> • Siliconen gaas • Urgotall AG® • Chirurgische eilandpleisters Curapor®
Doel; Beschermen		Vochtig / nat	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrofiber Exufiber en Aquacel® • Schuimverband Mepilex (border)®
	Ja	Vochtig / nat	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrofiber Exufiber en aquacel® • Urgotall AG®



Wondzorg in Salland

dz.nl/wondzorgsalland

Patiënt meldt zich met een wond bij de huisarts (HA) of bij de specialist ouderengeneeskunde (SO).

Verwachting ongecompliceerde genezing binnen 3 weken*

JA

Basiswondzorg door HA/SO gedurende 3 weken:

- wekelijkse evaluatie
- eventueel ondersteuning vanuit de vvt-instelling

NEE

GEEN
SPOED

SPOED

Na 3 weken geen genezingstendens?
Neem contact op met het Expertteam

Diagnostiek, beleid & triage door het Expertteam

Beoordeling door tweede lijn SEH binnen 24 uur.

Multidisciplinaire wondzorg met regie door Expertteam:

- evaluatie door Expertteam
- regiebehandelaar = Verpleegkundig Specialist
- Terugkoppeling aan naar HA of SO

Behandeling van medisch onderliggend lijden en multidisciplinaire wondzorg

* Verwijstermijn van 3 weken geldt niet voor de voetulcera, zie richtlijn diabetische voet



Op dz.nl/wondzorgsalland vindt u per vestigingsplaats een overzicht van wondexpertteams die u kunt inschakelen voor triage, diagnostiek en behandeling.

**Gewoon goed geregeld
in Salland**

Deventer
ziekenhuis



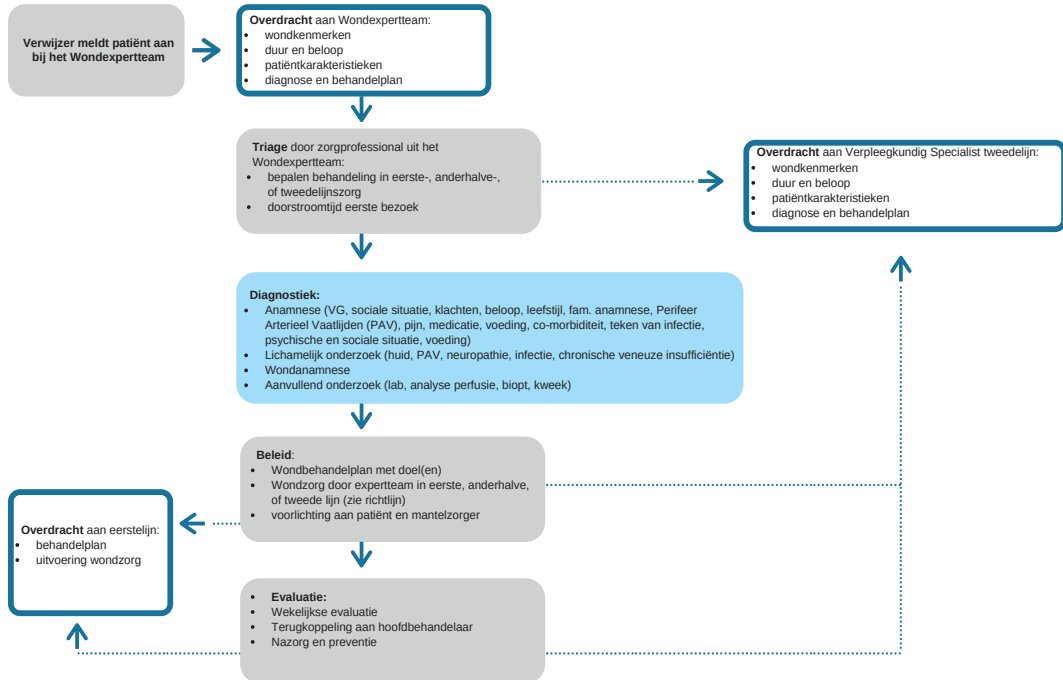
carint
reggeland

Sensire



Werkwijze Wondexpertteams Salland

dz.nl/wondzorgsalland



Richtlijn Ambulante Compressietherapie

Indicatie

Oedeem ten gevolge van veneuze insufficiëntie in opdracht behandelaar (EAI).

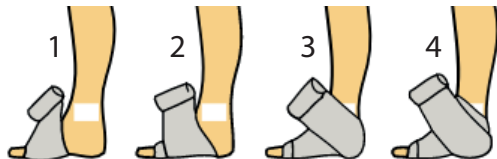
Benodigheden

- Korte rek zwachtels (min. 2 rollen per onderbeen) (Elko Rosidal/Panelast)
- Tricot buisverband
- ZN. Polstermateriaal
- Fixatiepleister

Vorbereiding

Breng buisverband en zo nodig polstermateriaal aan.

1. Neem de 1e zwachtel en begin boven op de voet, langs inplant van de tenen
2. Zwachtel 1 à 2x met stevige slag om de voet
3. Houdt voet in 90° positie en zwachtel hielgewricht in, waarbij de slag 2/3 deel om hiel en 1/3 deel onder de voetzool. Zwachtel op spanning houden
4. Zwachtel vervolgens 1/3 om de hiel en 2/3 onder de voetzool
5. Zwachtel 1 slag circulair om de enkel. Rol de zwachtel het been volgend af, zonder te sturen en houdt de zwachtel zo kort mogelijk op het been met gelijkmatige spanning tot 2 cm. onder de knie
6. Maak één circulaire toer onder de knie zonder spanning
7. Laat vervolgens de zwachtel met gelijkmatige spanning de vorm van het been naar beneden volgen
8. Door de zwachtel constant tegen de huid af te rollen gaat de zwachtel zijn eigen weg, meestal is dit weer naar boven en dan naar beneden. Fixeer de zwachtel met fixatiepleister
9. Herhaal met de 2e zwachtel dezelfde procedure maar dan in tegengestelde richting



Leefregels

- Verzorg de droge huid van benen en voeten met een pH neutraal huidverzorgingsproduct en hydraterend.
- 's Nachts benen omhoog
- De zwachtels kunnen gewassen worden en zijn daardoor herbruikbaar
- Zoveel mogelijk lopen en de kuitspier gebruiken door de voet goed af te wikkelen
- Korte rek zwachtels dag én nacht laten zitten en minimaal 1x per week vervangen
- Indien kuitspier niet gebruikt kan worden, dan 2-laags lange rek verband aanbrengen of kiezen voor een korte/lange rekverband. Het lange rekverband moet voor de nacht af. Alternatief; wrap systeem, zoals farrow wrap.
- Goed sluitend schoeisel zonder hoge hakken om de voet zo goed mogelijk af te wikkelen. Dit stimuleert de bloedsomloop
- Als er geen oedeem meer is dan Therapeutisch Elastische Kousen aan laten meten

Alternatieven

- Verbandkous; middels een onderkous en bovenkous, voor toepassing van compressietherapie in combinatie met wondbehandeling, waarbij ambulante compressie therapie niet voldoende aansluit naar wens.
- 2-laags zwachtelsysteem Bron; 2015 expertdocument compressietherapie onderste extremiteiten, WCS keniscentrum wondzorg.

Bron; 2015 expertdocument compressietherapie onderste extremiteiten, WCS keniscentrum wondzorg.



Zwachtelen met Urgo K2



Vorbereitung

- Onderzoek de vorm van het been en controleer op drukgevoelige gebieden (d.w.z. benige uitsteeksels).
- Bescherm het been en pas zo nodig de vorm aan met polstering. Leg een passend verband aan op een eventuele wond alvorens zwachtels aan te leggen. Indien het been een wond heeft deze voorzien van een juist verband.
- Meet de enkelomtrek en selecteer aan de hand daarvan de juiste kit (enkelmaat 18-25 cm of 25-32 cm).
- Het compressiesysteem wordt bij voorkeur's ochtends vroeg aangelegd of nadat de benen van de patiënt een uur lang hoger zijn gelegd, om orthostatisch oedeem zoveel mogelijk te beperken.

Toepassing

Voor beide zwachtels geldt:

- Breng de zwachtel aan bij de basis van de tenen door een slag om de voet te maken om de zwachtel te fixeren. Zorg er voor dat de compressie indicatoren zich aan de bovenrand bevinden.
- Wikkel de zwachtel vervolgens in de vorm van een acht om de hiel.
- Om 50% overlap (enkelomvang 18-25 cm) of 2/3 overlap (enkelomvang 25-32 cm) te bereiken moet de voorgaande compressie indicator door de volgende winding worden bedekt. Rek de ovaalvormige compressie indicator op tot een cirkel voor correcte compressie.
- Druk na het aanbrengen voorzichtig op de zwachtel om voor volledige cohesie te zorgen.
- Knip overtollig zwachtelmateriaal altijd af: wikkel de zwachtel niet extra om het been.

Waarschuwingen

- Meerlaagse systemen zijn gecontra-indiceerd voor patiënten met arterieel lijden.
- Bij patiënten die lijden aan diabetes, hartfalen of gevorderde aandoeningen van de kleine bloedvaten mag Urgo K2 alleen onder strikt toezicht van een specialist worden gebruikt.
- Bewaren in een koele, droge omgeving.

Transmurale richtlijn diabetische voet

Definitie diabetische voet

De verscheidenheid aan voetafwijkingen die ontstaan ten gevolge van neuropathie, macro-angiopathie, limited joint mobility en andere gevolgen van metabole stoornissen, die meestal in combinatie voorkomen bij patiënten met diabetes mellitus.

Voorgeschiedenis en onderzoek

Voorgeschiedenis:

Wond of amputatie in verleden, eerdere voorlichting, sociale isolatie, slechte toegang tot gezondheidszorg, op blote voeten lopen

Neuropathie:

Symptomen, zoals tintelend gevoel of pijn in/of het onderbeen, speciaal 's nachts of in rust, gevoel op watten te lopen

Vasculaire status:

Claudicatio, rust pijn, voet pulsaties

Huid:

Kleur, temperatuur, oedeem, eelt, drukplekken, blaren, ulcera

Bot/gewricht:

Deformiteiten (bv klauw of hamertenen) of uitstekende botten

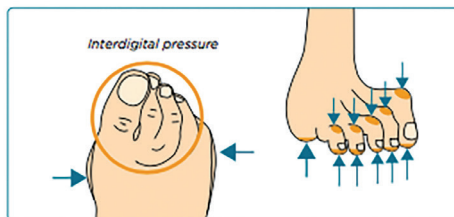
Schoeisel en sokken :

Beoordeel zowel de binnen als de buitenkant op oneffenheden

Behandeling

- Drukontlasting en bescherming van de wond door offloading (gips/vilt/schoen)
- Herstel van weefselperfusie en optimaal cardiovasculair risicomanagement
- Behandeling van de eventuele infectie. Met behulp van debridement en antibiotica, bij diepe infectie chirurgische verwijdering van geïnfecteerd weefsel
- Glucose controle en behandeling comorbiditeit. Streven bloedsuiker <10 mmol/l.
- Lokale wondbehandeling met regelmatig inspectie, debridement en behandelen van exsudaat
- Educatie patiënt en familie (omgeving) over voetverzorging en leefstijl, (bewegen, voeding, gewicht, roken)
- Frequentie controle en onderzoek van de voet bepalen na vaststellen zorgprofiel

Risicoplaatsen



Voorlichting t.a.v. voetzorg

- Dagelijks voetinspectie, inclusief tussen de tenen
- Regelmatig wassen en voorzichtig afdrogen van de voeten, in het bijzonder tussen de tenen. Geen voetenbadjes!
- Water temperatuur - altijd lager dan 37 C
- Gebruik geen verwarming, warmwaterzak of kruik om de voeten op te warmen
- Vermijdt om op blote voeten te lopen zowel binnen als buitenshuis.
Draag geen sandalen, slippers of schoenen zonder sokken
- Chemische middelen of pleisters om eelt of blaren te verwijderen mogen niet worden gebruikt
- Dagelijks inspectie en voel aan de binnenkant van de schoen
- Draag geen te krappe schoenen of schoenen met scherpe randen en naden
- Gebruik crème of olie om voeten te beschermen tegen uitdrogen.
Niet tussen de tenen smeren
- Draag schone kousen zonder naad, of draag ze binnenste buiten
- Draag nooit te strakke kniekousen
- Knip teennagels recht af
- Kalknagels en eelt moet door een professional, medische pedicure of diabetes pedicure worden verwijderd
- Regelmatige controle van de voeten door een professional, (diabetes) podotherapeut is noodzakelijk
- Neem direct contact op met een professional wanneer er een wondje, blaar, drukplekken of roodheid is ontstaan

Texas classificatie

Diepte

- Graad 0** Genezen wond of risico voet
- Graad 1** Oppervlakkige wond, zonder pees of kapsel aantasting
- Graad 2** Wond penetreert met pees of kapselaantasting
- Graad 3** Wond penetreert met bot of gewrichtsaantasting

Infectie/ ischemie

- Stadium A** Goed doorbloede, niet geïnfecteerde wond
- Stadium B** Niet ischemische, geïnfecteerde wond
- Stadium C** Ischemische, niet geïnfecteerde wond
- stadium D** Ischemische en geïnfecteerde wond

Ontstaanswijze voetulcus



1. Druk en wrijving



2. Onderhuidse bloeding



3. Huiddefect



4. Diepe infectie met botontsteking

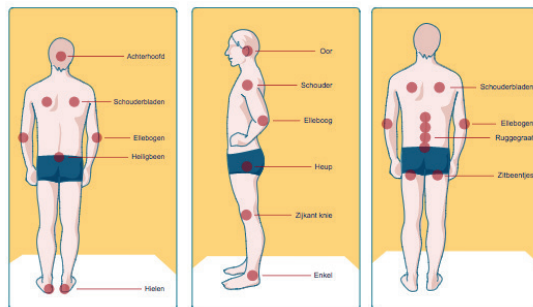
Richtlijn decubituspreventie en -behandeling

Algemeen

Decubitus is een plaatselijke beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel als gevolg van druk, of druk in combinatie met schuifkracht.

Classificatie

- Categorie 1; Niet wegdrukbaar roodheid bij intacte huid
- Categorie 2; Verlies van een gedeelte van de huidlaag of blaas
- Categorie 3; Verlies van een volledige huidlaag
- Categorie 4; Verlies van een volledige weefsellaag
- Ongeclassificeerd; Verlies van de volledige huid- of weefsellaag waarbij diepte onbekend
- Vermoedelijke diepe weefselbeschadiging; diepte onbekend



Preventie decubitus

Risico-inschatting bij opname, en verandering algehele toestand

- Klinische blik
- Risicoscorelijst invullen
- Beïnvloedende factoren vaststellen, waaronder:
 - anatomische houdingen
 - gebruik sondes en katheters
- Beoordeling van de huid op risicoplakken (zie afbeelding)
- Beoordeling matras en zitting (rol) stoel
- Voedingstoestand

Observatie op

- Niet wegdrukbaar roodheid, lokale warmte, verharding of oedeem
- Inwerking extreme vochtigheid
- Druk- en schuifkrachten door (medische) hulpmiddelen/voorwerpen/oneffenheden onderlaag / knellende verbanden / schoenen / kleding

Wondzorg

Zie complexe wondbehandeling

Preventieve interventies bij risico-patiënten

Voorlichting

Aan zorgvrager en mantelzorger: mondeling en folder overhandigen.

Verzorging

Dagelijkse huidinspectie en palpatie en goede huidverzorging/huidbescherming.

Wissel van houding en zorg voor drukspreiding

- Wisselhouding 4 uur
- Wisselhouding 3 uur; ook bij alle soorten AD matrassen
- Afwisselend: 30 min zijligging, semi fowler rugligging, zithouding, niet op aangedane zijde
- Zithouding: minimaal elk uur verplaatsen / liften, stoel kantelen
- Let bij transfers op het voorkomen van schuifkrachten; maak gebruik van transferhulpmiddelen
- Hielen vrij leggen met kussen onder het hele onderbeen, ook bij AD-matras; gebruik dekenhoog

Figuur 4.1: 30 graden zijligging



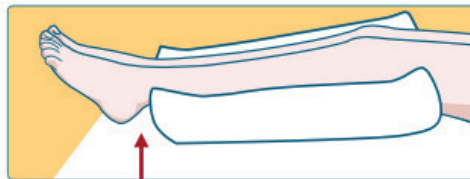
Figuur 4.2: Semi-Fowler-houding



Figuur 4.3: Zittende houding



Figuur 4.4: Zittende houding met gekantelde stoel



Behandeling

- Intensiveer de preventieve maatregelen
- Gebruik bij het wondbehandelplan een eenduidige methode volgens het TIME model
- Inzet ad materiaal (leg zo min mogelijk lakens en/of onderleggers op AD materiaal dit vermindert de werking)
- Niet doen; preventief verband plakken / hard wrijven met crème / hielen inpakken of vrij leggen met opgerolde handdoek

Evaluatie

- Beschrijf alle zorgonderdelen in het zorgplan, afgestemd en geëvalueerd met zorgvrager
- Geen verbetering binnen 2 weken; verwijs naar een zorgverlener gespecialiseerd in wondbehandeling

Bij vragen en decubitus 2, 3 en/of 4: wondverpleegkundige of behandelend arts consulteren en/of informeren.

Neem preventieve maatregelen bij iedereen
✓ die lichamelijke verzorging krijgt
✓ waarbij sprake is van een risicoconditie



Risicocondities

Persoon met de volgende condities hebben een verhoogd risico:

- Obesitas
- Verminderde mobiliteit
- Ouderen

- Vrouwen
- Vochtige huid ten gevolge van incontinentie of transpireren
- Verhoogde lichaamstemperatuur
- Diabetes

- Verminderde weerstand
- Eerdere smetten
- Beperkingen in de ADL
- Tekortschietende persoonlijke hygiëne

Geef informatie en/of advies over onderstaande aanbevelingen en pas de volgende interventies toe

Voorkom huid-op-huid-contact door

- Het, bij voorkeur, dragen van ademende katoenen kleding
- Het dragen van ondersteunende kleding
 - Goedsluitend, niet knellend ondergoed met pijpen (mannen en vrouwen); bij voorkeur geen strings
 - Katoenen pyjamabroek in plaats van nachtjapon
 - Katoenen BH; bij voorkeur eerst een katoenen hemd/T-shirt aantrekken en daarboven de BH
 - Suspensoir (balzakdrager) bij mannen
- Regelmatige lichaamsbeweging, zowel actief als passief (wisselgigging)

Voorkom overmatig transpireren door

- Het dragen van ademende, absorberende (katoenen) kleding, sokken en schoeisel
- Het verlagen van de omgevingstemperatuur door
 - Te zorgen voor een koele omgevingstemperatuur
 - Het gebruik van katoenen beddengoed

Houd de huid(plooien) droog door middel van

- De toepassing van één van de volgende lokale middelen
 - Barrièreproduct (proshield® of aldanex®)
 - Zorg voor een schone, droge onderlaag

Pas dagelijkse huidzorg toe door

- Wassen en goed (deppend) drogen van de huid(plooien)

Het gebruik van géén of een pH-neutrale zeep

- Bij gebruik van verzorgend wassen (geïmpregneerde wegwerpwashandjes) huidplooien (deppend) drogen.
- Het dagelijks observeren van de huid en de huidplooien
- Observatie optreden symptomen van smetten (zie behandeling)
- Bij incontinentie
 - Regelmatig toiletbezoek
 - Direct te verschonen, te wassen en te drogen
 - Juiste indicatie en gebruik van (wasbaar) incontinentiemateriaal

Evalueer dagelijks de preventieve maatregelen door

- Degene die de preventieve maatregelen toepast
- Observatie optreden symptomen van smetten (zie behandeling)

BEHANDELING

Stel op basis van onderstaande symptomen vast of er sprake is van smetten, in welke fase het zich bevindt en behandel met de

Symptomen

Smetten

- Intacte huid
- Licht rode tot felrode, glanzende huid
- Jeuk (niet altijd)
- Schrijnend, branderig gevoel (niet altijd)

Smetten met nattende huid

- Felrode huid
- Nattende, kapotte huid
- Verweking van de huid
- Erosies
- Scherpe, rode wondlijn (fissuur) zichtbaar op breuklijn tussen beide huidplooien
- Jeuk (niet altijd)
- Schrijnend, branderig gevoel (niet altijd)

Smetten met geïnfecteerde huid

- Symptomen van smetten met een nattende huid én één of meerdere van de volgende symptomen
 - Pustels (puistjes)
 - Natten
 - Geel/groen exsudaat
 - Randschilfering
 - Eilandjes voor de kust (bij candida-infectie)
 - Pus
 - Korstvorming
 - Een onaangename geur

interventies beschreven bij de desbetreffende fase. Consulteer bij twijfel een deskundige (wondverpleegkundige of arts).

Interventies

Smetten

- Eén of meerdere preventieve maatregelen, minimaal 2x daags
- Bij een felrode, glanzende huid minimaal 2x daags een barrièreproduct

Smetten met nattende huid

- Eén of meer preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- Eventueel lokaal een antischimmelpreparaat
- Gebruik barrièreproduct
- Raadpleeg bij twijfel een deskundige

Smetten met geïnfecteerde huid

- Consulteer een deskundige
- Preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- 1-2 daags antischimmelpreparaat (dun)*, deze 2 minuten laten intrekken
- Gebruik miconazol niet samen met een oraal antistollings-middel
- Gebruik barrièreproduct (Proshield® of aldanex®)

Evaluatie: minimaal na 3, 7 en 14 dagen na start behandeling. Indien geen verbetering of klachten verergeren, schakel wondverpleegkundige of arts in

Gebruik bij overmatig exsudaat een niet-verklevend wondverband.

- * Eerst antischimmelpreparaat, daarna barrièreproduct. Altijd dun opbrengen! Gebruik corticosteroiden alleen in opdracht van de arts.

Bestellen

Verbandmiddelen kunnen besteld worden middels voorschrift verbandmiddelen (ZN formulier) bij Excen BV

Telefonisch bestellen Excen: 020 497 55 99



Wond Expertise Network Salland

Verian 06 - 21 71 77 68 / teamwondzorg@verian.nl
Sensire 0575 - 46 92 93 / wondzorgregiozutphen@sensire.nl
Solis 0570 - 698 298 / SVT@zorggroepsolis.nl
Carinova 0570 - 51 83 56 / wondverpleegkundigenzuid@carinova.nl
Carintreggeland 088 - 36 77 000
 of ulcuswondzorgspecialisten@carintreggeland.nl
Deventer Ziekenhuis (WEC) 0570 - 53 54 31 / wec@dz.nl

Wond Expertise Centrum

WEC@dz.nl

0570 535431

Nico Bolkesteinlaan 75
7416 SE Deventer

Deventer
ziekenhuis