

WCS CONGRES, "WOND- EN WATERMANAGEMENT" TWAALFDE EN GROOTSTE TWEEDAAGS WONDCONGRES VAN NEDERLAND

Beste congresbezoeker,

Welkom op alweer het twaalfde WCS congres. Dit congres kreeg als thema mee: "Wond- en Watermanagement". Vocht is een belangrijk thema in de wondzorg. Het managen van overmatig vocht in de wond, het beschermen van de wondranden, verstoring van het lymfesysteem en dergelijke zijn thema's die de professional in de dagelijkse wondpraktijk tegenkomt. Dit thema zal als rode draad door het programma lopen. Maar dat is niet de enige rode draad. Het congres zal zeker ook in het teken staan van het 25 jarig jubileum van de WCS.

Het programma bestaat uit centrale sessies, parallelsessies en sponsorsessies. De hoofdsponsors bieden een aantrekkelijk programma aan in hun parallelsessies, een bezoek zeker waard.

Dat geldt ook voor de Expozaal. Zo'n 50 stands bieden daar een gevarieerd palet aan producten en informatie over het fenomeen wondbehandeling.

Alle sessies hebben een vrije inloop. Dat betekent dat u flexibeler gebruik kunt maken van ons programma aanbod. Tussen de sprekers door kunt u wisselen van sessie. U dient echter wel te wachten tot de andere sessie klaar is met de spreker, dan kunt u pas naar binnen. Hiermee willen we een optimum bereiken in de flexibiliteit, maar ook veel onrust en verstoringen voorkomen. Alle zalen, behalve de Beatrixzaal, hebben een beperkte capaciteit. Wees er dus snel bij. Als een zaal te vol wordt, gaan de deuren dicht. Ik snap dan wel de teleurstelling, maar dat is nu eenmaal zo. Gelukkig bieden we per dag 9 parallelsessies, dus zal er ook in de andere zalen wellicht een aantrekkelijk programma draaien.

Op de tweede dag vindt de uitreiking plaats van de WCS Award 2009 in de Expozaal. Ik hoop dat jullie er allemaal bij zijn, want dat is toch een klein feestje, als je deze prestigieuze prijs mag uitreiken aan een collega die het afgelopen jaar iets bijzonders heeft gedaan voor ons vakgebied. Afsluitend vindt er een spetterend optreden plaats van de muziekband Shaky Grounds.

Twee dagen congres betekent veel kennis en ervaringen van anderen consumeren. Echter wordt er van u ook een actieve rol verwacht in de diverse workshops en discussiebijeenkomsten. Doe vooral mee, want u bent eveneens in het bezit van kennis en ervaringen waar collega's verdraaid veel aan kunnen hebben. Wissel dus ervaringen uit. Wellicht krijgt u ook een gouden tip. Maak kennis met elkaar en ga eens

in de keuken van de ander kijken. Op die manier haalt u veel meer uit uw congres.

Al met al wens ik u, namens het voltallige bestuur en de commissieleden een heel goed, leerzaam en ook leuk congres en maak er zelf ook wat van.

René Baljon
Voorzitter WCS



IN DIT NUMMER

WCS CONGRES, "WOND- EN WATERMANAGEMENT" TWAALFDE EN GROOTSTE TWEEDAAGS WONDCONGRES VAN NEDERLAND	1
HOOFDSPONSOREN EN OVERIGE SPONSOREN	4
OVERZICHTSTABEL CONGRES	6
SERVICEPAGINA	9
SPREKERS CONGRES	10
INCOMPANY TRAINING DECUBITUS PLUS	13
RICHTLIJNEN VOOR DE AUTEUR	13
DINSDAG 17 NOVEMBER 2009	14
PLENAIRE SESSIE	14
PARALLELSESSIE DECUBITUS	17
PARALLELSESSIE CHIRURGISCHEWOND/STOMA	24
SPECIALE CONGRESAANBIEDING	26
PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS	28
PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET	31
PARALLELSESSIE BRANDWONDEN	34
PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA	37
SPONSORPROGRAMMA	39
WCS ACADEMY 2010	42
SPECIALE CONGRESAANBIEDING	45
OVERZICHT STANDINDELING EXPOZAAL CONGRES 2009	46
WOENSDAG 18 NOVEMBER 2009	49
PARALLELSESSIE DECUBITUS	49
PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA	53
PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS	57
PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET	62
PARALLELSESSIE BRANDWONDEN	66
PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA	72
SPONSORPROGRAMMA	75



Zwaar werk lichter maken.

Speciaal voor de behandeling van obesitas cliënten hebben wij een complete productlijn ontwikkeld om de behandeling voor zowel cliënt als verplegend personeel zo comfortabel mogelijk te maken. Vraag gerust naar zorg op uw maat want wij bieden oplossingen op alle fronten. Van weegschaal tot hoog/laagbed en van matras tot aangepaste rolstoel. Obesirent levert alles direct uit voorraad.



DIT CONGRES WORDT MEDE MOGELIJK GEMAAKT DOOR O.A.:



BSNmedical

KCI
The Clinical Advantage



ConvaTec



Care2Move
Obesirent
Hulpmiddelen - Oplossingen - Voorzieningen



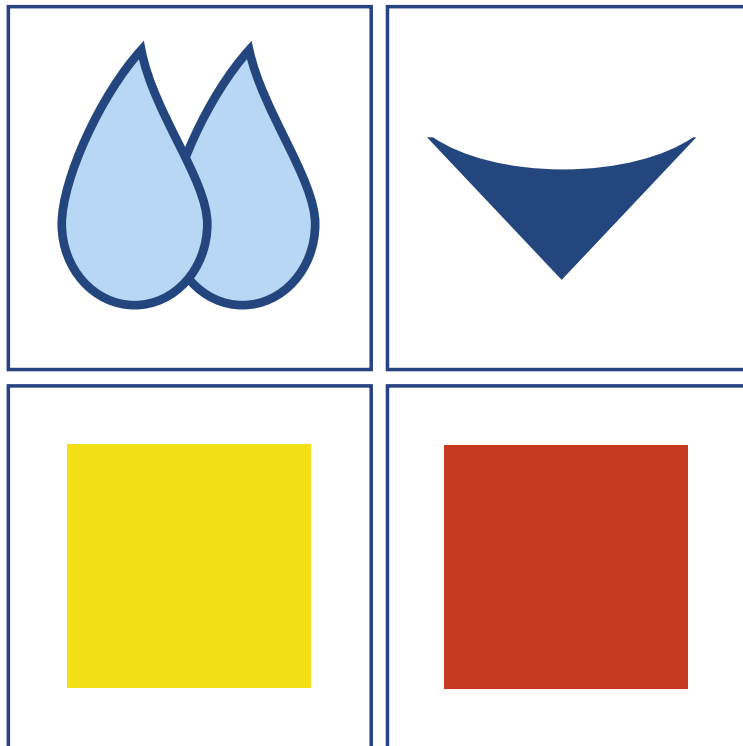
smith&nephew

MEDA

OVERIGE SPONSORS EN EXPOSANTEN:

Able2
ArjoHuntleigh
BAP
Bauerfeind
B.Braunn
Biologiq
Biomet
Bohn Stafleu Van Lochum
Coloplast
Combicare
Decubitus Stichting OZL
Distrac
DOCS
Doove Medical
Eakin Healthcare
Eurotec
Flen Pharma
Hillrom
Joerns
Laprolan
LZP
Mathot Medische Specialzaken
Maxxcare
Medeco
Medi Nederland
Medi Reva
Mölnlycke
Opleidingscentrum Erasmus
Medisch Centrum
Principelle
Redactron
RVS Van Seenus
Systagenix
Taureon
The Medical & Woundcare Company
TMI
Urgo
Varitex
Vicair Benelux
Vitalis
V&VN
Wellform Medical
WCS Nederland
YoMedical

Stel dit is een wond



Veel wondvocht, diepe wond, geel beslag en granulatieweefsel.

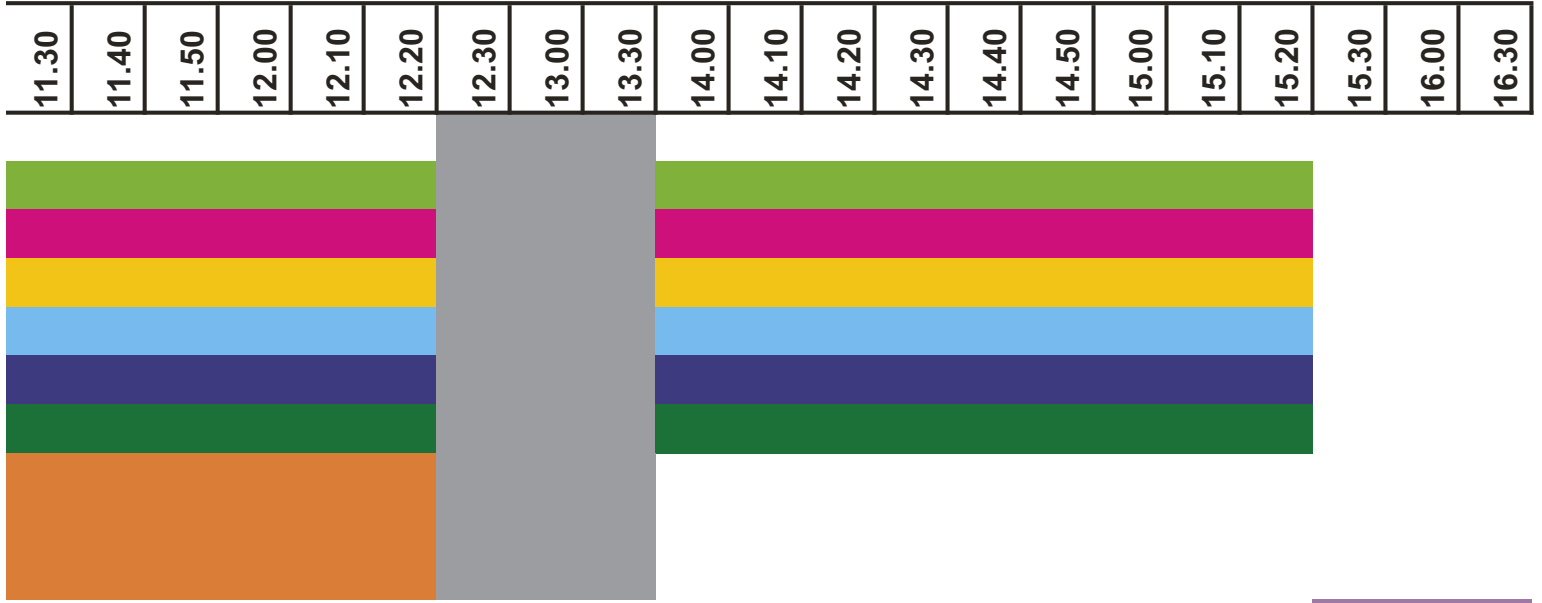
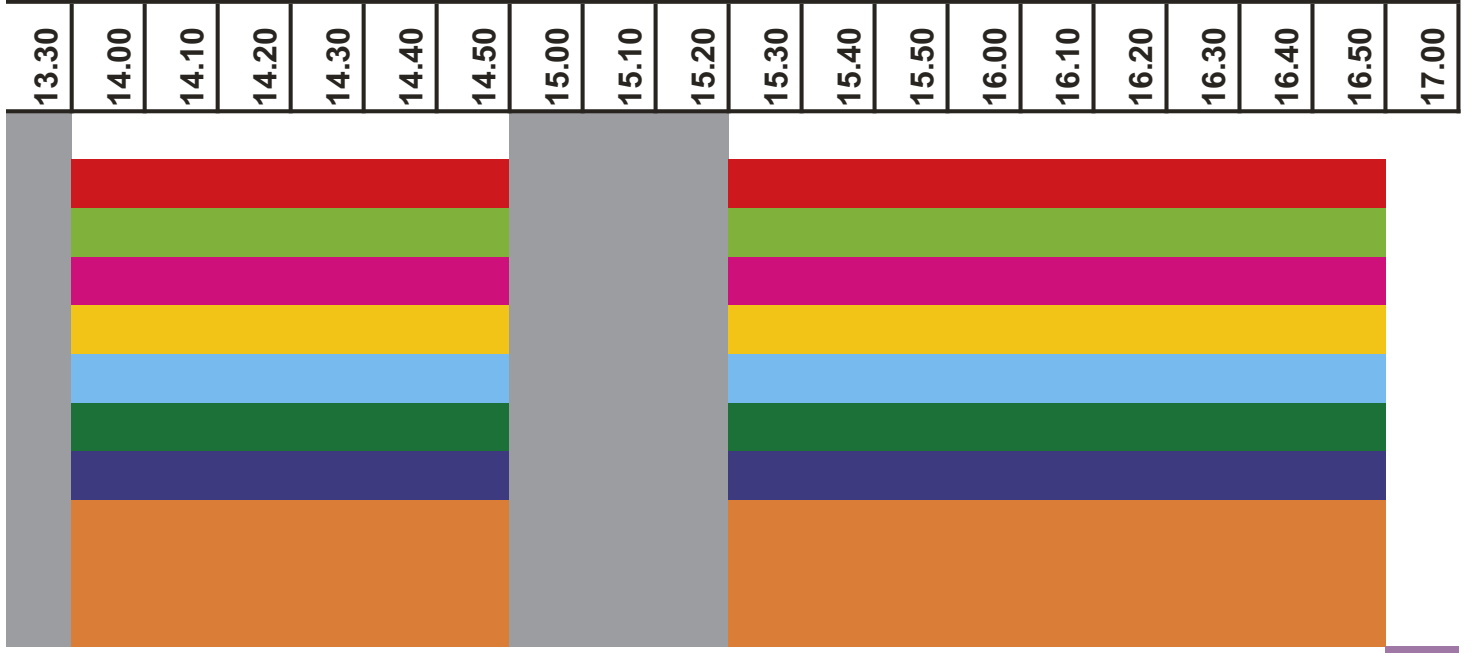
Kan het zo eenvoudig?

Natuurlijk is wondverzorging niet eenvoudig. Met een overzichtelijk assortiment kunt u zich volledig richten op de wondzorg. BSN medical introduceert voor alle wondfasen één merk: Cutimed.

Onder deze naam is een complete range producten voor vochtige wondbehandeling verkrijgbaar. Van een siliconen foamverband met super-absorbers, Cutimed Siltec, tot een anti-bacterieel verband, Cutimed Sorbact. Dankzij de pictogrammen op de verpakking maakt u snel de juiste keuze.

Pak de wond aan met Cutimed! Bel/mail ons voor een proefverpakking.





ALHYDRAN

medical after care
for the skin

De eerste keus in de behandeling van
de pas gesloten en kwetsbare huid

- Versoepeling en behandeling van littekens
- Afname van jeuk en roodheid
- Toename flexibiliteit van de huid
- Hydratatie en verzorging van de pas gesloten huid



BAPMEDICAL

wound care from diagnosis to after care

www.bap-medical.com



ALHYDRAN is beschikbaar in tubes van
30 ml, 100 ml en 250 ml

1. Two years of experience with a new product based on Albé Vera for Hydration of burn Scars. EBA Congress 2007; S. Monstrey MD, PhD; Burn Centre UZ Gent
2. "Itching, is there a remedy?", a pilot study with a rehydration gel-crème in burn patients. EBA 2007; H.J. van Kempen RN; Burn Centre Rijnmond Zuid Rotterdam

BAP Medical BV, Nederland
Legal Manufacturer

P.O. Box 531
NL-7300 AM Apeldoorn

tel +31 (0)55 355 25 80
fax+31 (0)55 355 91 98

SERVICE PAGINA

HEEFT U VRAGEN AAN DE WCS?

DAT GAAT HET SNELST VIA: INFO@WCS-NEDERLAND.NL

Heeft u vragen over allerlei onderwerpen aangaande wondbehandeling en wondgenezing, dan kunt u contact opnemen met de WCS.

NEDERLAND

NAAM	TELEFOON / E-MAIL	AANDACHTSGEBIED
René Baljon	voorz@wcs-nederland.nl	Algemene informatie / WCS Nieuws / Congres
Dick van Duyn	info@wcs-nederland.nl	Secretariaat / Bestellingen WCS Service
Conny Keyzer	penning@wcs-nederland.nl	Penningmeester
Marja Prins	sto-chi@wcs-nederland.nl	Chirurgische wond / Stoma
Joke Campo	onco@wcs-nederland.nl	Oncologische wond / WCS Academy
Karin Timm	ulcusc@wcs-nederland.nl	Ulcus cruris
Peter Quataert	decub@wcs-nederland.nl	Decubitus
Veronique Oostendorp	diabv@wcs-nederland.nl	Diabetische voet
Rob van Komen	brandw@wcs-nederland.nl	Brandwonden
Alette de Jong	wboek@wcs-nederland.nl	Wondenboek
Rob Komen / René Baljon	internet@wcs-nederland.nl	Internet

BELGIE

		POSTBUS 607 B-2800 MECHELEN 6
Hilde Heyman	voorzitter@wcs-belgie.be diabetischevoet@wcs-belgie.be +32 476 77 77 89 +32 3289 40 87	Voorzitter / Diabetische voet
Ludo Geenen	chirurgischewonden@wcs-belgie.be +32 15 20 12 69	Onder voorzitter Chirurgische wonden
Roald Nelissen	info@wcs-belgie.be +32 89 79 31 93	Penningmeester Algemene Info
Eddy Swinnen	secretaris@wcs-belgie.be stoma@wcs-belgie.be +32 15 314 907	Secretaris Stoma
Anne Cuyvers	drukletsels@wcs-belgie.be +32 474 95 11 45 +32 11 30 89 18	Drukletsels
Mieke De Win	maria.dewin@uzbrussel.be +32 2 477 70 70	Info

SPREKERS CONGRES:

Achterberg, Prof. Dr. T. van., Universitair Medisch Centrum St. Radboud, IQ healthcare, Nijmegen
 Baljon, R.M., MSM, voorzitter WCS, manager netwerkontwikkeling Het Oogzorgnetwerk; Het Oogziekenhuis Rotterdam
 Bibollet- Ruche, E., wondconsulent, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 Blaauw, P., Meda Pharma, Amstelveen
 Ble, D. de, nurse practitioner, UMC Utrecht
 Bodegom, M., chirurg in opleiding, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
 Boekel, J. van, decubitus- en wondverpleegkundige, regio Tilburg
 Boer, M. de, dermatologie verpleegkundige, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
 Bommel, C. van, diabetes verpleegkundige, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
 Boogert, B. den, decubitus en wondverpleegkundige Reinier de Graaf Groep, Delft
 Bot, E., co-assistent Rode kruis Ziekenhuis, Beverwijk
 Bouwhuis, Drs. J., infectioloog Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
 Braunius, Drs W.W., KNO arts oncologisch hoofd- hals chirurg Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
 Bril, A., gipsverbandmeester/wondconsulent, Ziekenhuis Groep Twente, Almelo
 Buyl, H., wondconsulent Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 Dam, A. van, decubitus en wondconsulent Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 Damstra, R.J., dermatoloog, afdeling dermatologie, flebologie en lymfologie Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten
 Defloor, Prof. Dr. T., RN PhD, Verplegingswetenschap Universiteit Gent, Gent
 Derksen, Teo., hoofdverpleegkundige C10, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
 Dijk, J. van, Marketing Account Manager bij Lohmann & Rauscher
 Dijk, M. van, wondverpleegkundige, St. Anna Ziekenhuis, Geldrop
 Dijk, T. van, clinical specialist, Smith & Nephew, Hoofddorp
 Dokter, Drs. J., medisch coördinator Brandwondencentrum Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
 Dol, L., stomaverpleegkundige, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
 Doorn, L. van, MA ANP nurse practitioner en afdelingshoofd Rijnland Wondcentrum Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
 Evers, I., product manager V.A.C.®, KCI Medical B.V. Houten
 Evers, L., wond- en decubitus consulent De Stroom Op Maat Groep, Zwijndrecht
 Evertse, Dr. A.J., huisarts, Oud-Beijerland
 Geerards, Drs. E., nurse practitioner Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
 Gemeren, K. van, transmuraal wondverpleegkundige Zorgbrug, Gouda
 Groot, T. de, transmuraal decubitusconsulent Vierstroomzorgring en 't Lange Landziekenhuis, Zoetermeer
 Haimé, Monica, kwaliteitsdeskundige en veranderkundige in de zorg
 Halfens, Prof. Dr. R., projectleider Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen, Dept. of Health Care and Nursing Science, Universiteit Maastricht, Maastricht
 Halff, C.M.C., oncologie wond stoma continentie verpleegkundige Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
 Hallern, B. von, Hoofd SEH en wondspecialist Stade Ziekenhuis Duitsland
 Hoorn-Aukema, N. ten, diëtist Voedingsadviesbureau Bon Appétit, Leidschendam
 Jansen, Drs. M., ziekenhuisapotheker – klinisch farmacoloog, Midden Brabant en Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg
 Janssen, S., nurse practitioner decubitus en wondzorg, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
 Jong, Drs. A. de, verpleegkundig onderzoeker Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
 Kaljouw, dr. M., voorzitter Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
 Kempens, H. J. van, huidtherapeut Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
 Klomp, F.W.J., verpleegkundig specialist KNO/Kaakchirurgie, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
 Kramers, Drs. K., internist, klinisch farmacoloog
 Kuipers, Drs. D., dermatoloog Amphia Ziekenhuis, Breda
 Laarman, T., hygiënist Haga Ziekenhuis, Den Haag
 Lange, E. de, oncologie verpleegkundige, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
 Leen, Drs. M.W.F. van, specialist ouderengeneeskunde, manager Advies en Behandeling Centrum Avoord Zorg & Wonen, Etten-Leur
 Leenman, A., verpleegkundig specialist wondzorg

- Legerstee, R., RN, MSc Professional Education
- Lenselink, E., wondconsulent Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
- Leroux, H., nurse practitioner longziekten ZorgBrug (Transmuraal Centrum Midden Holland)
- Löwik, M., verpleegkundig specialist gynaecologie MANP ,Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- Mannupassa, R., wondconsulent Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
- Merwe, Drs. M. van de, vertrouwensarts inzake kindermishandeling AMK Zuid-Holland
- Mierlo, P. van, MANP Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- Mooij, A., nurse practitioner wondzorg Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam
- Most, M.L. van der, adviseur infectiepreventie Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
- Moues, C., AIOS plastische chirurgie Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Muskita, L., gipsverbandmeester, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
- Neumann, Prof. Dr. H.A.M., dermatoloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Niessen, Dr. F., plastisch chirurg VU Medisch Centrum, Jan van Goyen Kliniek, Amsterdam
- Nieuwenhoff, Dr. C., verpleeghuisarts Avoord Zorg & Wonen, Etten Leur
- Nieuwenhuis, Dr. M.K. , programmaleider Klinisch Onderzoek Martini Ziekenhuis, Groningen
- Oostendorp, V., decubitus- en wondconsulent Amphia Ziekenhuis, Breda
- Osborne, K., Director of Training, Activa Healthcare UK
- Oskam, Dr. J., vaatchirurg Isala Klinieken, Zwolle
- Ottens, R., podotherapeut, Nijmegen
- Pagrach, B., diabetes verpleegkundige Academisch Medisch Centrum ,Amsterdam
- Prudhomme van Reine, J.J., IC-verpleegkundige Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
- Quataert, P., verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg Stichting ZorgSaam Terneuzen
- Ramshorst, Drs. G.H. van, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Rapmund, T., wondconsulent hyperbare zuurstof therapie, Rotterdam
- Rozemeijer, K., verpleegkundige Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
- Ruigrok-van der Werven, W., MA ANP, nurse practitioner dermatologie, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Zwijndrecht
- Scholte, Drs. S., arts Brandwondencentrum Martini Ziekenhuis, Groningen
- Schoonhoven, Dr. L., docent afdeling verplegingswetenschappen Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- Smits, A., nurse practitioner, afdeling Urologie, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- Sosef, Dr. M., chirurg Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen
- Steenvoorde, Drs. P., chirurg Enschede Medisch Centrum, Enschede
- Steveninck, J. van, wondconsulent Haga Ziekenhuis, Den Haag
- Stuiver, M.M., MSc afdeling Fysiotherapie Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
- Tan, Dr. E., militair trauma chirurg, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- Traber, Dr. med. J., directeur/arts Capio Venenkliniek Kreuzlingen, Zwitserland
- Verweij, Y., diëtiste Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
- Vink, M., stomaverpleegkundige, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
- Visker, M., kinder- neonatologieverpleegkundige Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
- Visser, R., gipsverbandmeester Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
- Vlaspolder, Dr. F., microbioloog, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
- Vleuten, Dr. C.J.M. van der, dermatoloog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- Vliet, W. van der, clinical specialist, Smith & Nephew, Hoofddorp
- Vlugt, M. van der, verpleegkundig specialist wondzorg Diaconessenhuis, Leiden
- Vreede, S., stoma verpleegkundige, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
- Wal, Drs. van de, chirurg Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
- Warbout, M., verpleegkundig specialist somatiek, Reinier van Arkelgroep, 's Hertogenbosch
- Weide, dr. M.J.A. van der, senior Inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Wentel, Drs. T. D., dermatoloog Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Westra, H., IC- verpleegkundige Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
- Wijma, J., gipsverbandmeester en wondconsulent Bronovo Ziekenhuis, Den Haag
- Wit, R.J. de, chirurg Medisch Spectrum Twente, Enschede
- Wolfswinkel-Guijt, M. van, oncologie verpleegkundige, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
- Zee, E., van der, marketing account manager Lohmann & Rauscher
- Zeedijk, W., decubitus- en wondconsulent Thuiszorg Rotterdam, Rotterdam
- Zuylen, Dr. P.M. van, plastisch chirurg Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk



...genezing met Versiva[®] XC[™] verband

Versiva[®] XC[™] verband transformeert wonden

Dankzij de gelerende Hydrofiber[®] Technologie wordt exsudaat geabsorbeerd en ingesloten¹, schadelijke bacteriën^{2,3} en MMP's⁴ ingesloten en een optimaal vochtig wondmilieu gecreëerd wat een kick start betekent voor de wondgenezing⁵.



Versiva[®] XC[™] verband. Verwacht meer...

Meer informatie over Versiva[®] XC[™] verband en onze andere producten
WWW.CONVATEC.NL of bel 0800 0224460.



Realize the possibilities[™]

^{*}in vitro aangetoond

1. Waring MJ, Parsons D. Physico-chemical characterisation of carboxymethylated spun cellulose fibres. *Biomaterials*. 2001;22:903-912. 2. Walker M, Hobot JA, Newman GR, Bowler PG. Scanning electron microscopic examination of bacterial immobilisation in a carboxymethylcellulose (Aquacel) and alginate dressings. *Biomaterials*. 2003;24(5):883-890. 3. Newman GR, Walker M, Hobot J, Bowler P. Visualisation of bacterial sequestration and bactericidal activity within hydrating Hydrofiber[®] wound dressings. *Biomaterials*. 2006;27:1129-1139. 4. Walker M, Bowler PG, Cochrane CA. In vitro studies to show sequestration of matrix metalloproteinases by silver-containing wound care products. *Ostomy Wound Manage*. 2007;53(9):18-25. 5. Vanscheidt W, Mütter KC, Klövekorn W, Vin F, Gauthier JP, Ukat A. A prospective study on the use of a non-adhesive gelling foam dressing on exuding leg ulcers. *J Wound Care*. 2007;16(6):261-265.

© / TM zijn handelsmerken van ConvaTec Inc. © 2009 ConvaTec Inc.

INCOMPANY TRAINING DECUBITUS PLUS

De WCS Academy regelt op verzoek een Incompany Training Decubitus Plus. Op een door u te bepalen locatie verzorgen gespecialiseerde docenten met heel veel ervaring een cursus op maat.

Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met:

Joke Campo,
opleidingscoördinator WCS Academy

Email: famcampo@zonnet.nl



RICHTLIJNEN VOOR DE AUTEUR

ALLE ARTIKELN WORDEN VERSTUURD NAAR:

Redactie WCS Nieuws
Hoofdlaan 15
3051 XD Rotterdam

VERZENDING VAN KOPIJ:

Kopij en illustraties (behalve foto-/diagrammatisch) moeten in drievoud worden ingezonden. Daarnaast dient het artikel aangeleverd te worden op een CD (bij voorkeur WP of MS Word). Digitaal opgeslagen illustraties dienen 1 maal uitgeprint aangeleverd te worden. Het digitale bestand dient duidelijk vermeld te worden, wat betreft gebruikte programmatuur.

Ieder artikel dient vergezeld te zijn van een brief met de naam, adres en telefoonnummer van de voornaamste (eerste) auteur. De titel, functie en instelling en eventuele vermelding van betrokkenheid tot het onderwerp wordt vermeld onder het artikel.

SAMENSTELLING ARTIKEL:

Samenvatting met maximaal 200 woorden, indien mogelijk ook in het Engels. Inleiding

Patiënten, materiaal, methode, of eventuele casuïstiek
Resultaten
Discussie en conclusie
Literatuurvermelding

Omvang van het artikel kan in overleg met de redactie van de Nieuwsbrief. Bij zeer grote artikelen kan een opsplitsing plaatsvinden en wordt het artikel in twee of meerdere delen gepubliceerd.

LAY-OUT VAN HET ARTIKEL:

In de tekst kan naar de literatuurlijst verwezen worden door het nummer van de betreffende referentie tussen haakjes te plaatsen. De nummering van de referentie verloopt dan ook in de volgorde van de verwijzing in de tekst. Figuren, tabellen en foto's zijn genummerd en moeten aan de achterzijde voorzien zijn van de naam van de auteur. Elke figuur of tabel heeft een eigen onderschrift.

Voorbeeld literatuurverwijzing van tijdschriften:

Rasch LJP, van Putten M. De charcotvoet: wat is dit en hoe te behandelen: WCS Nieuwsbrief 1998; 4: 19-21.

Voorbeeld literatuurverwijzing van boeken:
Auteur EEN. (jaartal) Titel boek.
Uitgever; Plaats.

INHOUD ARTIKEL

De auteur is verantwoordelijk voor de inhoud van het artikel. Elk artikel wordt beoordeeld op relevantie voor de doelgroep van de WCS, door de WCS commissie die een relatie heeft met het onderwerp. Indien het artikel relevant is wordt het, indien het een wetenschappelijk onderzoek betreft, voorgelegd aan enkele reviewers ter beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit. Na accordering zal het artikel binnen een jaar geplaatst worden.

Reproductie is toegestaan, mits de auteur en de uitgever schriftelijke toestemming hebben gegeven en naam van auteur en tijdschrift duidelijk worden vermeld.

Bij het benoemen van producten wordt uitgegaan van de neutrale positie van de WCS. Producten derhalve dan ook bij voorkeur benoemen als stofnaam, of als productgroep.

DINSDAG 17 NOVEMBER 2009

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

09.30 – 09.35	Opening	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS, manager netwerkontwikkeling Het Oogzorgnetwerk, Het Oogziekenhuis Rotterdam
09.35 – 10.00	Openingstoespraak speciale gast	
10.00 – 10.30	"Het helend vermogen in de zorg"	Monica Haimé, kwaliteitsdeskundige en veranderkundige in de zorg
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.20	Lokale negatieve druktherapie: genoeg bewijs?	C. Moues, AIOS plastische chirurgie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
11.20 – 11.40	"Honing, Modder en Maden.....wat gaat er zoal in de wond?"	R. Legerstee, RN, MSc Professional Education
11.40 – 12.00	Wondzorg van de toekomst	Dr. F. Niessen, plastisch chirurg VU Medisch Centrum, Jan van Goyen Kliniek, Amsterdam
12.00 – 12.30	Waarom doen we het niet gewoon? Over de weerbaarheid van implementatie in de praktijk	Prof. dr. T. van Achterberg, Universitair Medisch Centrum St Radboud, IQ healthcare, Nijmegen
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	Positionering van de wondverpleegkundige in Nederland	P. Quataert, verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg Stichting ZorgSaam Terneuzen
14.30 – 15.00	Meerwaarde van een verpleegkundig specialist wondzorg	dr. M. Kaljouw, voorzitter Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Prestatie-indicatoren als instrument voor de wondverpleegkundige	dr. M.J.A. van der Weide, senior Inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg
16.00 – 16.20	Wetenschappelijk onderzoek en wondverpleegkundige. 1ste resultaten decubitusonderzoek PURE COIN	S. Janssen, nurse practitioner decubitus en wondzorg, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
16.20 – 16.40	Wondexpertisecentrum en de centrale rol van de wondverpleegkundige	L. van Doorn, nurse Practitioner en afdelingshoofd Rijnland Wondcentrum, Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
16.40 – 17.00	WCS Landelijk Kenniscentrum wondzorg; het platform voor de (wond)verpleegkundige	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

10.00 – 10.30 "Het helend vermogen in de zorg"

Monica Haimé, kwaliteitsdeskundige en veranderkundige

"Het helend vermogen in de zorg"

Een inleiding vanuit een breed veranderkundig perspectief, gericht op mogelijkheden om helend te handelen in de zorg. Centraal staat de vraag naar de essentie van de zorg voor patiënten die een beroep doen op hulpverleners. Kritisch wordt gekeken naar de blinde vlekken van zorgorganisaties die vaak onbedoeld voorbijgaan aan de behoeften van hulpvragers en hulpverleners. Geschetst worden mogelijkheden om vanuit een breder perspectief te handelen en daarbij meer ruimte en meer richting aan hulpvragers en hulpverleners te bieden om het goede goed te doen. Tenslotte komen diverse aspecten van een healing context en healing environment aan de orde die bedoeld zijn om het publiek tot nadenken te stemmen.

11.00 -11.20 Lokale negatieve druktherapie: genoeg bewijs?

C. Moues, AIOS plastische chirurgie

Introductie

De recente vooruitgang in technologie, met beter begrip van de complexe cellulaire en biochemische mechanismen van

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

wondgenezing, heeft geleid tot de ontwikkeling van een verscheidenheid aan geavanceerde wondbehandelingen zoals hyperbare zuurstof therapie, groeifactoren, weefselequivalenten en negatieve druk therapie (Topical Negative Pressure, TNP). Met de integratie van TNP in wondbehandelings-programma's is het behandelen van complexe volledige huid-diktewonden gemakkelijker geworden. De chirurgische indicatiestelling heeft zich verruimd van het acute moment naar een meer strategisch gepland tijdstip. Binnen de chirurgische mogelijkheden is het vervolgens mogelijk geworden om sommige wonden conservatiever te behandelen dan aanvankelijk gepland, terwijl andere wonden op een rustiger tijdstip en in een beter stadium in het wondgenezingsproces met bijvoorbeeld een meer tijdrovende vrije lap kunnen worden gesloten.

Data selectie

Een systemische database search is uitgevoerd waarbij meer dan 400 "peer-reviewed" publicaties zijn geselecteerd die het werkingsmechanisme, de doeltreffendheid en de klinische toepassing van TNP hebben weergegeven (dierexperimenteel, humaan en in vitro studies).

Conclusie

Veruit het grootste deel beschrijft de commerciële V.A.C.® therapie en een klein aantal beschrijven TNP in combinatie met gaasverband. Uit deze literatuur concluderen wij dat TNP therapie een toename van doorbloeding geeft, angiogenese bevordert, het wondoppervlak verkleint van verscheidene wondtypes, inhiberende factoren in wondvloeistof vermindert en celproliferatie stimuleert. Wij vonden ook dat oedeemvermindering en bacteriële klaring, mechanismen die werden toegeschreven aan TNP therapie, niet door basisonderzoek worden bewezen. Omdat dit op studies gebaseerd is die gebruik maakt van de TNP therapie met PU en PVA sponzen en 125 mmHg negatieve druk, is het onbekend of de TNP therapie met gaasverband en lagere negatieve drukinstellingen overeenkomstige resultaten geeft.

11.20 – 11.40 "Honing, Modder en Maden... wat gaat er zoal in de wond?"

R. Legerstee, RN, MSc

11.40 – 12.00 Wondzorg van de toekomst

F. Niessen, plastisch chirurg

12.00 – 12.30 Waarom doen we het niet gewoon? Over de weerbaarheid van implementatie in de praktijk

T. van Achterberg

Vaak weten we wel wat goede zorg is, maar steeds weer blijkt hoe moeilijk het is om goede zorg in de praktijk van alle dag te realiseren. Adequate decubituspreventie, goede handhygiëne... waarom doen we het niet gewoon?

In deze presentatie wordt ingegaan op veel voorkomende obstakels bij het vormgeven van goede zorg in de praktijk. Voor een deel zijn daarbij algemene obstakels aan te wijzen, maar soms zijn obstakels ook specifiek voor het onderwerp of de situatie. Tenslotte wordt ingegaan op oplossingen, waarbij vooral het belang van doordacht en planmatig implementeren wordt toegelicht.

14.00 – 14.30 Positionering van de wondverpleegkundige in Nederland

P. Quataert, verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg

14.30 – 15.00 Meerwaarde van een verpleegkundig specialist wondzorg

M. Kaljouw, voorzitter Verpleegkundigen en Verzorgenden

15.30 – 16.00 Prestatie-indicatoren als instrument voor de wondverpleegkundige

M.J.A. van der Weide, senior Inspecteur

16.00 – 16.20 Wetenschappelijk onderzoek en wondverpleegkundige. 1ste resultaten decubitusonderzoek PURE COIN

S. Janssen, nurse practitioner decubitus en wondzorg

16.20 – 16.40 Wondexpertisecentrum en de centrale rol van de wondverpleegkundige

L. van Doorn, nurse practitioner wondcentrum

16.40 – 17.00 WCS Landelijk Kenniscentrum wondzorg: het platform voor de (wond)verpleegkundige

R.M. Baljon, voorzitter



Antimicrobial Effect & HydroBalance. Simple. Unique!

Suprasorb® X + PHMB

recommended for critically colonised
or infected wounds.

- rapid and lasting reduction of bacteria
- wide antimicrobial spectrum
- excellent cell and tissue tolerance
- self-regulating moisture control through unique HydroBalance fibres
- for wounds with light to moderate exudation

Antimicrobial
effect also against
MRSA and VRE!



Lohmann & Rauscher
GmbH & Co. KG
Postfach 23 43
D-56513 Neuwied
www.lohmann-rauscher.de

Lohmann & Rauscher GmbH
Postfach 222
A-1141 Wien
www.lohmann-rauscher.at

Lohmann & Rauscher AG
Badstrasse 43
CH-9230 Flawil
www.lohmann-rauscher.ch

32113 / 0108

Suprasorb® X + PHMB

The intelligent antimicrobial
wound dressing.

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

14.00 – 15.00	Workshop decubitus, vochtletsels en smetten	A. Leenman, verpleegkundig specialist wondzorg B. den Boogert, decubitus en wondverpleegkundige Reinier de Graaf Groep, Delft
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 15.45	EBP: "Kunnen blaren aan de hielen worden voorkomen, door bedlegerige patiënten sokken aan te doen?"	A. Mooij, nurse practitioner wondzorg Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam
15.45 – 16.00	EBP: "Literatuurstudie hieldecubitus bij epiduraal anesthesie"	T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent Vierstroomzorgring en 't Lange Landziekenhuis, Zoetermeer
16.00 – 16.15	EBP: "Wondspoeling, hoe, hoe vaak en waarmee?"	K. van Gemeren, transmuraal wondverpleegkundige Zorgbrug, Gouda
16.15 – 16.30	EBP: "Lokale toepassing van morfinegel bij pijnlijke ulcera"	Drs. M. Jansen, ziekenhuisapotheker – klinisch farmacoloog, Midden Brabant en Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg
16.30 – 16.45	EBP: "De zin of onzin van de zilerverbanden, een wetenschappelijke benadering"	Drs. M.W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, manager Advies en Behandel Centrum Avoord Zorg & Wonen, Etten-Leur
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 – 15.00 Workshop decubitus, vochtletsels en smetten

A. Leenman, verpleegkundig specialist wondzorg, B. den Boogert, decubitus en wondverpleegkundige

Wat is het verschil tussen vochtletsel, smetten en decubitus?

In dit uur willen we ingaan op de definities vochtletsel, smetten en decubitus. De oorzaak en de plaats van deze letsels. En niet te vergeten het combinatieletsel. Door middel van voorbeelden uit de praktijk willen we met jullie de feitelijke wondbehandeling toelichten.

15.30 – 15.45 EBP: "Kunnen blaren aan de hielen worden voorkomen, door bedlegerige patiënten sokken aan te doen?"

A. Mooij, nurse practitioner wondzorg

In het Slotervaartziekenhuis wordt, net als in vele andere instellingen, getracht om het ontstaan van blaren bij patiënten zoveel mogelijk te voorkomen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van goed onderbouwde methoden en middelen, het liefst op basis van bewijs. Een van de maatregelen die daarbij ingezet wordt, is het gebruik van katoenen sokken bij bedlegerige patiënten. De experts op het gebied van decubitus zijn het er over eens dat deze maatregel effectief is. In de "Richtlijn Diabetisch Voet" (CBO, 2006), worden sokken met badstof genoemd in het rijtje van de hulpmiddelen om druk- en schuifkrachten te voorkomen.

In de literatuur is gezocht naar bewijzen die aantonen dat er een relatie is tussen het gebruik van sokken, en het ontstaan van hielblaren. Dit heeft niets opgeleverd. Er is niet wetenschappelijk aangetoond, dat het gebruik van sokken het ontstaan van blaren aan de hielen kan voorkomen.

Om meer duidelijkheid te verkrijgen over dit onderwerp is in het Slotervaart Ziekenhuis onderzoek gedaan. De methode die hier voor gebruikt werd, is een "randomized controlled trial".

Middels dit onderzoek werd het effect van een interventie (het dragen van een sok) vergeleken met dat van een controle-interventie (het niet dragen van een sok), bij patiënten die bedlegerig zijn.

Toewijzing van patiënten aan de indexgroep of de referentiegroep werd toegepast op basis van willekeur (randomisatie). De resultaten van het onderzoek lieten zien dat er een verschil was in het ontstaan van hielblaren tussen de beide groepen. Dit onderbouwt de hypothese dat een sok de wrijfkrachten opvangt. Maar ook zagen we iets dat we niet verwacht hadden, en dat interessant is om verder onderzoek naar te doen.

15.45 – 16.00 EBP: "Literatuurstudie hieldecubitus bij epiduraal anesthesie"

T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

Voor mijn opleiding tot wond- en decubitusconsulent heb ik in mei 2008 een literatuurstudie verricht. Mijn onderzoeksvraag luidde: "Is er verschil tussen het wel of niet ontstaan van hieldecubitus bij patiënten die een ingreep onder epidurale anesthesie ondergaan en/of postoperatieve epidurale analgesie toegediend kregen als men de hielen wel of niet vrij legt". Mijn deelvragen waren: "Is er een verband tussen het ontstaan van hieldecubitus en het toegediende anestheticum" en "Is de mate van motorische blokkade van invloed op het ontstaan van hieldecubitus". De aanleiding voor deze onderzoeksvraag was dat wij in ons ziekenhuis naar aanleiding van incidentieonderzoek gestart zijn met deze interventie, met goede resultaten. Door contacten met mijn medestudenten merkte ik dat deze interventie niet in alle ziekenhuizen toegepast wordt. Ik wilde weten of de interventie evidence based was zodat deze ook in andere ziekenhuizen standaard toegepast kan gaan worden. Met name werd gezocht in Medline (Pubmed), daarnaast werd gezocht in World Wide Wounds. Ik vond slechts 4 case reports en 2 beschrijvende onderzoeken die voldeden aan mijn onderzoeksvraag.

De conclusies die ik na het lezen van de artikelen kon trekken waren de volgende:

- Hieldecubitus komt ook voor bij jonge gezonde mensen tijdens en na epiduraal analgesie/anesthesie, bijvoorbeeld vrouwen na een keizersnede.
- In 5 studies wordt benoemd dat de hielen vrij gelegd moeten worden.
- In geen van de studies werden de hielen vrij gelegd, uitgezonderd in 1 studie, daar werden alleen de hielen van de patiënten die een totale heup operatie ondergingen vrij gelegd, in 2 studies werden de hielen van patiënten na inbrengen van een totale knie prothese bewust niet vrij gelegd daar dit negatieve gevolgen kon hebben voor het kniegewricht.

Ten aanzien van de 1^{ste} deelvraag, of het anestheticum welke toegediend wordt tijdens de epidurale anesthesie/analgesie invloed heeft op het wel of niet ontstaan van hieldecubitus, is er te weinig informatie m.b.t. de toegediende medicatie beschreven om een conclusie te kunnen trekken.

De 2^{de} deelvraag, of de mate van motorische blokkade van invloed op het wel of niet ontstaan van hieldecubitus is, de conclusie dat de duur van de motorische blokkade van belang is indien de hielen niet vrij gelegd worden (in de onderzoeken werden de hielen niet vrij gelegd). Indien de hielen wel vrij gelegd worden is de duur minder belangrijk.

Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om, tijdens een ingreep onder epiduraal anesthesie en na de ingreep tijdens epiduraal analgesie, de hielen vrij te leggen van de onderlaag zolang er een motorische blokkade aanwezig is.

Ten aanzien van de toegediende medicatie: er is meer onderzoek nodig, het middel Ropivacaïne is nieuw en zou minder motorische blokkade geven.

Meer onderzoek is nodig bij een grotere populatie door middel van een gecontroleerde klinische trial. Voor de eindopdracht van de opleiding is er een onderzoeksvoorstel geschreven waar de interventie hielen vrijleggen van de onderlaag afgezet wordt tegen het niet vrijleggen van de hielen tijdens en na het ondergaan van een ingreep onder epiduraal anesthesie. Uitkomstmaat is het ontstaan van decubitus.

Ook is meer onderzoek nodig met betrekking tot het zoeken van een alternatief voor het vrijleggen van de hielen bij een totale knie operatie.

Tijdens de presentatie worden de resultaten van het eigen onderzoek in 't Lange Land ziekenhuis gepresenteerd; dit was de aanleiding voor de literatuurstudie.

Tevens worden de resultaten gepresenteerd van de in juni 2009 gehouden enquête onder V&VN leden van de afdeling wond- en decubitusconsulenten m.b.t. het vrijleggen van de hielen op de operatiekamer, de verkoeverkamer en de verpleegafdeling.

16.00 – 16.15 EBP: "Wondspoeling, hoe, hoe vaak en waarmee?"

K. van Gemeren, transmuraal wondverpleegkundige

Vanuit de traditie is het spoelen van wonden een dagelijks terugkerend ritueel. Zowel cliënten als de wondverzorgers vinden dat prettig. De overtuiging bestaat bij velen, dat het de wond ten goede komt als er regelmatig (lees dagelijks, soms meerdere malen) gespoeld wordt. Is dit echt wel zo goed voor de wondgenezing in alle stadia? Moeten wel alle "rommel" en bacteriën mechanisch uit de wond gehaald worden?

In de literatuur is over dit onderwerp veel te vinden.

De reden voor het reinigen van wonden is om optimale condities te creëren voor wondgenezing. Necrose, taai debris en "vreemde lichamen" (straatvuil etc.) horen daarom zeker uit de wond verwijderd te worden. We kunnen echter ook teveel willen schoonmaken. Het lichaam zelf heeft veel mogelijkheden in zich om wonden te reinigen. Niet alle wond-

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

vocht is slecht voor de wond. De normale wondgenezing heeft de bacteriële activiteit en de groeifactoren nodig die in het wondexsudaat aanwezig zijn. Bacteriën in een wond stimuleren een inflammatoire reactie, die resulteert in een vermeerderde uittreding van bloed uit de bloedbaan en daardoor de aankomst van de benodigde macrofagen in het wondbed, die niet vitaal weefsel en bacteriën kunnen vernietigen. (Davies 1999, Blunt 2001, Cunliffe 2002, Watret 2002) Deze inflammatoire reactie is nodig voor de volgende fase in de wondgenezing: de granulatiefase en later de reëpithelialisatie.

"Hoe minder de wond wordt aangeraakt, hoe minder de kans is dat we het genezingsproces verstoren." en *"Als een wond schoon en granulerend is, is het niet nodig om deze te reinigen"*. (citaten Watret 2002).

De frequentie van het spoelen is afhankelijk van de toestand van de wond. Bij een sterk producerende wond kan het nodig zijn om dagelijks meerdere malen te spoelen. Voor de meeste wonden is dit niet aan te bevelen. Bij elke spoeling daalt de temperatuur in de wond, waardoor de genezingsprocessen op een laag pitje komen te staan. Pas na een paar uur zijn ze weer actief.

Wondspoeling kan heel goed door middel van kraanwater. In Nederland en België is het water zo schoon, dat het absoluut niet gevaarlijk is. Uit laboratoriumstudies is gebleken dat de bacteriën die in het kraanwater aanwezig waren, niet terug te vinden waren in de wonden die met dat water gespoeld zijn.

In de praktijk gebeurt de spoeling al vaak met kraanwater door het uitspoelen onder de douche, maar in bed wordt nog heel vaak de fles NaCl gepakt. Dit is een erg dure oplossing. Met elkaar kunnen we veel geld besparen door de NaCl te vervangen door kraanwater, wat ook gemakkelijker op lichaamstemperatuur gebracht kan worden.

Literatuur:

- Blunt J. Wound cleansing: ritualistic or research-based practice? Nursing standard 33. 2001; September: 16, 1, 33-36
- Cunliffe PJ. Clinical research. Wound cleansing: the evidence for the techniques and solutions used. Nursing times. 2002; 1 oktober
- Davies C. Cleansing rites and wrongs. Nursing Times; 1999: Oct. 27. Vol. 95. No.43
- Watret L, Armitage M. Making sense of woundcleansing. Journal of Community Nursing. 2002: April: vol. 16, issue 4, 27-34

16.15 – 16.30 EBP: "Lokale toepassing van morfinegel bij pijnlijke ulcera"

M. Jansen, ziekenhuisapotheker

Inleiding

Pijnlijke ulcera aan het onderbeen komen in Europa bij ongeveer 1% van de volwassenen voor. Uit onderzoek bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten blijkt dat 28 tot zelfs 65% ernstige pijn hebben van hun ulcus. Hetzelfde geldt voor ulcera van andere oorsprong zoals decubitus, bestralings- of maligne ulcera.

Behandeling met pijnstillers als paracetamol, NSAIDs (zoals ibuprofen, naproxen en diclofenac), zwak werkende opiaten (tramadol en codeïne) en sterk werkende opiaten (morfine, oxycodon, en fentanyl) is vaak nodig. De inzet van deze middelen vindt doorgaans plaats volgens de World Health Organisation pijnladder.

Nadeel van het gebruik van deze middelen is dat ze, zeker in het geval van NSAIDs en opiaten, bij de patiënt ook vaak bijwerkingen geven. Hierbij moet je denken aan maagbloedingen, nierfunctieproblemen, obstipatie, misselijkheid en braken en sufheid. Daarnaast is het zo dat ondanks de boven genoemde middelen de patiënt nog steeds fors pijn kan houden. Een andere vorm van behandeling, zonder deze bijwerkingen, zou daarom zeer welkom zijn.

Uit onderzoek is gebleken dat het lokaal toepassen van opiaten in pijnlijke ulcera tot pijnstilling kan leiden. De pijnstilling komt dan door een direct effect op de zenuwuiteinden in de huid die pijn geleiden. Normaal gesproken werken opiaten die je als tablet neemt of parenteraal geeft in het ruggenmerg en in de hersenen. Met deze manier van aanbrengen hoef je het opiaat dus niet in het lichaam te brengen, waar het allerlei vervelende bijwerkingen kan hebben, en kun je ook met lagere doseringen uit.

De eerste meldingen van het lokale gebruik van opiaten bij pijnlijke ulcera, in de wetenschappelijke literatuur, van het lokale gebruik van opiaten bij pijnlijke ulcera dateren uit de tweede helft van de jaren negentig. Sindsdien zijn er meerdere kleine patiëntenseries en onderzoeken geweest over het pijnstillend effect van lokaal toegepaste opiaten. Uit de beschikbare gegevens is het volgende beeld over de effectiviteit en veiligheid af te leiden:

1. Niet alle ulcera reageren waarschijnlijk even goed op lokale toepassing van morfinegel
 - a. Bij decubitus ulcera, veneuze ulcera, maligne ulcera, wordt in meerdere patiëntenseries en onderzoeken een positief effect gezien
 - b. Het effect bij brandwonden, sikkelcel ulcera, epidermolysis bullosa en sclerodermie is onduidelijk; er is maar een

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

enkele patiënt beschreven, weliswaar met een positief effect. Behandeling zou dus wel kans van slagen kunnen hebben.

- c. Arteriële ulcera lijken in het geheel niet te reageren. Hetzelfde geldt voor de pijn bij fotodynamische therapie.
2. Er lijkt een verband te zijn tussen het pijnstillende effect en de aanwezigheid van ontsteking in of rond het ulcus. Indien er sprake is van ontsteking, is het pijnstillend effect doorgaans veel uitgesprokener.
3. Er is geen eenduidig product dat wordt gebruikt. In de meeste gevallen is morfine in de vorm van een hydrogel gebruikt. De hoeveelheid opiaat in de gebruikte gelen wisselt tussen de 0,01 en 0,5%. (0,1 tot 5 mg per gram gel) Farmaceutisch gezien zijn de producten matig onderzocht.
4. Slechts bij patiënten waarbij er een groot wondoppervlak (brandwonden) wordt behandeld zijn systemische bijwerkingen gezien.
5. Het is nog onduidelijk of lokale toepassing van opiaten de wondgenezing beïnvloedt. Er zijn meldingen dat het de ontsteking rondom de wond vermindert, maar recentelijk zijn er enkele onderzoeken gedaan bij dieren dat lokale toepassing van morfine een vertraagde wondgenezing laat zien.
6. Lokale toepassing kan nog steeds effectief zijn als hoge doses oraal of parenteraal toegediende opiaten reeds hebben gefaald.
7. Onderzoek is moeilijk vanwege:
 - a. Vinden grote populatie (versnipperd bij huisarts, verpleeghuis, ziekenhuis)
 - b. Frequent is er sprake van een matige cognitie, dit maakt pijnscores moeilijk toepasbaar
 - c. De frequentie van applicatie van 2-3 maal daags is arbeidsintensief

Conclusie

Met de huidige beschikbare literatuur is toepassing van morfinegel te overwegen bij patiënten die met conventionele pijnstillende maatregelen nog steeds (ernstige) pijn ondervinden van hun ulcus. Dit in het bijzonder bij die ulcera waarbij eerder positieve resultaten beschreven zijn.

Om morfinegel een grotere plaats toe te bedelen in de dagelijkse behandeling van pijnlijke ulcera is meer onderzoek nodig, met eenzelfde goed uitgezocht farmaceutisch product. Het zal echter lastig zijn dit onderzoek daadwerkelijk te realiseren.

16.30 – 16.45 EBP: "De zin of onzin van de zilververbanden, een wetenschappelijk benadering"

M.W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde

Inleiding:

Sinds 2005 is er een hype ontstaan rond het gebruik van wondbedekkers geïmpregneerd met zilver. De positieve resultaten met zilverulfadiazine liggen hieraan ten grondslag.

Probleemstelling/vraagstelling:

Is er voldoende evidence voor het gebruik van deze producten?

Zijn er redenen om ze niet te gebruiken?

Methode:

Aan de hand van een literatuuronderzoek in Medline en Chinahl naar RCT's, meta-analyses en overige artikelen in de periode 2000 tot heden wordt gezocht naar antwoorden op de bovenstaande vragen.

Resultaten:

Uit de literatuur blijkt dat er onvoldoende onderbouwing is voor het gebruik van zilverproducten. De bestudeerde literatuur gaf geen artikelen qua practice based evidence die de huidige inzet rechtvaardigt. De twijfel aan de effectiviteit blijkt ook uit de daling aan het gebruik van deze artikelen in Engeland in de laatste 18 maanden

Conclusie

Na Parijs 2005 zijn er geen studies verschenen die de meerwaarde van verbanden met zilver aantonen. Dit blijkt ook uit de systemische review. De cytotoxiciteit van zilver is en blijft een probleem. Al met al lijkt het mij wenselijk om zeer terughoudend te zijn bij het inzetten van verbanden met zilver. Helaas moeten we ook constateren dat het de firma's, die wondbehandelingsproducten al dan niet met zilver produceren en er steeds meer producten met zilver in de handel komen, niet bij machte zijn gebleken om te zorgen voor goed evidence based bewijs. Hierdoor zal de discussie over wel of niet gebruiken nog lange tijd kunnen doorgaan en zal dit misschien kunnen leiden tot nadelige effecten op de wondgenezing bij onze cliënten. Ik roep dan ook de firma's op en vraag hun dringend om het opzetten van goede gerandomiseerde studies.

PARALLELSESSIE DECUBITUS

BEATRIXZAAL

14.00 – 14.30	De positionering van de wondverpleegkundige in Nederland	P.D. Quataert, voorzitter V&VN Decubitus & Wondconsulenten
14.30 – 15.00	Meerwaarde van een verpleegkundig specialist (wondzorg)	Dr. M. Kaljouw, voorzitter Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
15.00 – 16.00	Pauze	
16.00 – 16.20	Wetenschappelijk onderzoek en wondverpleegkundige. De eerste resultaten van het decubitusonderzoek PURE COIN	S. Janssen, nurse practitioner decubitus en wondzorg, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
16.40 – 17.00	WCS het landelijk kenniscentrum wondzorg; het platform voor de (wond)verpleegkundige	R. Baljon MSM, voorzitter WCS
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 tot 14.30 De positionering van de wondverpleegkundige in Nederland

P.D. Quataert, voorzitter V&VN Decubitus & Wondconsulenten

In begin jaren '90 zag men de eerst decubitusconsulenten verschijnen in de Nederlandse ziekenhuizen. Een nieuwe functie in de ziekenhuizen, een gevolg van de veel te hoge decubituscijfers in de Nederlandse instellingen. Half jaren '90 vonden deze consulenten elkaar en richtten een landelijke vereniging op n.l. het Netwerk voor Decubitusconsulenten (NVDC). Samen met andere belangengroepen, vaak verenigd in de Landelijke Stuurgroep Decubitus, is veel bereikt. De dag van vandaag is decubitus één van de belangrijkste parameters die de Inspectie hanteert om de kwaliteit van zorg in de instellingen te bepalen. In vergelijking met de jaren '90 komt (ernstige) decubitus steeds minder voor.

Het succes van de decubitusconsulenten heeft ertoe geleid dat zij steeds meer werden gevraagd om de behandeling van andere chronische wonden onder hun hoede te nemen. Zo zien we de dag van vandaag dat bijna alle ziekenhuizen, maar ook steeds meer andere zorginstellingen, beschikken over een decubitus- en wondconsulent. De decubitus- en wondconsulent is niet meer weg te denken uit de Nederlandse zorginstellingen?!

In de loop der jaren is veel werk verricht om de decubitus- en wondconsulent te positioneren in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit lijkt te lukken! Voor een belangrijk deel heeft de decubitus- en wondconsulent daar zelf voor gezorgd, dit door de specifieke deskundigheid en het belang van de functie in de ketenzorg, waardoor patiënten met chronische wonden eindelijk de zorg krijgen die ze verdienen. Met de opleiding tot decubitus- en wondconsulent, in 2006 gestart aan het Erasmus MC te Rotterdam, beschikt de decubitus- en wondconsulent over een eigen opleiding die binnenkort definitief officieel erkend zal worden. De aansluiting bij Verpleging & Verzorging Nederland (V&VN) was een schot in de roos. Het aantal leden bij V&VN Decubitus en Wondconsulenten (V&VN DWC) ligt tegen de 200. Een belangrijk deel maakt gebruik van het kwaliteitsregister. V&VN DWC heeft jaarlijks overleg met de Inspectie van Volksgezondheid, College van Zorgverzekeraars, de Nefemed en andere belanghebbenden. Met het WCS heeft V&VN DWC een ervaren landelijk kenniscentrum die via internet, tijdschriften, cursussen en symposia kennis verspreidt in Nederland en België. Dat decubitus nog hoog op de agenda staat uit zich o.a. via het Landelijk Decubituscongres, een samenwerking tussen Stichting Oost Zuid Limburg (OZL), WCS en V&VN DWC. V&VN DWC participeert tevens in de EWMA, een Europese associatie die bestaat uit vele partners uit vele landen die zich bezighouden met wondzorg.

Duidelijk mag zijn dat vanaf 1993, gestart onder impuls van Joan Piersma en vanaf het begin in nauwe samenwerking met de WCS, veel werk is verricht om te komen tot de huidige positie van decubitus- en wondconsulent in Nederland. De welverdiende plaats aan de tafel bij de vele stakeholders is zeer belangrijk, zeker in een tijd waarin de gezondheidszorg het zeer moeilijk heeft.

14.30 tot 15.00 Meerwaarde van een verpleegkundig specialist (wondzorg)

Dr. M. Kaljouw, voorzitter Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Abstract geschreven door P.D. Quataert, voorzitter V&VN Decubitus & Wondconsulenten

Betere zorg voor de patiënt, nieuwe carrièreperspectieven voor verpleegkundigen en een betere kwaliteit van de gezondheidszorg. Dat zijn volgens minister Klink van Volksgezondheid de voordelen van de Verpleegkundig Specialist.

PARALLELSESSIE DECUBITUS

BEATRIXZAAL

Care en cure

Verpleegkundig specialisten staan met één been in de medische en met het andere in de verpleegkundige wereld. Een verpleegkundig specialist heeft een behandelrelatie met patiënten, is verantwoordelijk voor de werkzaamheden die zij daarbinnen verricht en legt indien nodig verantwoording af aan collega's, artsen en leidinggevendenden. Verpleegkundig specialisten nemen vaak in de ketenzorg taken over van artsen. Als verpleegkundig leider vervullen zij een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onderbouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Zij leveren een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van eigen en andere disciplines en aan de kwaliteit van de zorg.

Minister Klink noemde in zijn toespraak drie redenen waarom hij blij is met deze stap in de professionalisering van de verpleegkunde: de patiënt is erbij gebaat, getalenteerde verpleegkundigen blijven behouden, de zorg blijft betaalbaar. De wettelijke erkenning van de verpleegkundig specialist is een enorme mijlpaal.

16.00 tot 16.20 Wetenschappelijk onderzoek en wondverpleegkundige. De eerste resultaten van het decubitus-onderzoek PURE COIN

S. Janssen, nurse practitioner decubitus en wondzorg, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond

Onder V&VN Decubitus & Wondconsulenten is de commissie V&VN DWC verpleegkundig onderzoek opgericht. Het doel van deze commissie is wetenschap en praktijk dicht bij elkaar te brengen en zodoende onderzoek uit te voeren op het gebied van wondzorg in Nederland. De WCS is een belangrijke partner die de onderzoeken faciliteert. Na gedegen voorbereiding is in april 2009 het eerste onderzoek gestart, n.l. Pressure Ulcer Related Complaints Inventory (PURE-COIN). Het doel van het onderzoek is om de ervaringen van patiënten met decubitus en de belemmeringen die decubitus met zich meebrengen inzichtelijk te maken. Door middel van gevalideerde vragenlijsten zullen een 750 patiënten met decubitus worden geïnterviewd. De verwachting is dat op 1 oktober 2009 kan gestart worden met de analyse van de resultaten. Aan de hand van de resultaten hopen we verpleegkundigen en verzorgenden hulpmiddelen aan te bieden zodoende preventie en behandeling van decubitus nog gericht te kunnen toepassen. Tijdens het WCS congres zullen op 17 november 2009 de eerste resultaten worden gepresenteerd.

16.40 tot 17.00 WCS het landelijk kenniscentrum wondzorg; het platform voor de (wond)verpleegkundige

R. Baljon MSM, voorzitter WCS

In 2009 bestaat het Wound Consultant Society (WCS) 25 jaar. Het doel van het WCS is de kennis op het gebied van wondzorg in Nederland op een hoger level te brengen. Al snel werden cursussen aangeboden, congressen georganiseerd en het WCS Nieuws uitgegeven. Met de komst van internet werd het nog makkelijker; op een snelle wijze kan veel informatie worden verkregen. De site www.wcs-nederland.nl is ondertussen een begrip in wondenwereld. Het WCS heeft ondertussen 1300 abonnees, heeft dagelijks antwoorden op vragen uit het veld, heeft jaarlijks een 800 verpleegkundigen en verzorgenden en het WCS congres ontvangt gemiddeld tussen 2500 en de 3000 bezoekers. Naast al deze activiteiten wordt het WCS ook gezien als het landelijke kenniscentrum voor wondzorg. Het WCS wordt door diverse partijen vaak gevraagd naar zijn expertise en heeft een belangrijke rol gehad in o.a. het kenbaar maken van het belang van goede wondzorg, de oprichting van V&VN Decubitus en Wondconsulenten en de opleiding tot decubitus- en wondconsulent in 2006 gestart aan het Erasmus MC te Rotterdam. Dat het WCS niet stil zit laat zich zien aan de fonkelnieuwe website, het ontwikkelen van nieuwe cursussen en het verlenen van financiële steun aan innovatieve projecten en het verlenen van een studiebeurs. De WCS Award is ondertussen een begrip. Het WCS heeft er alle vertrouwen in ook de komende 25 jaar samen met de talrijke vrijwilligers in de diverse commissies zijn doel te kunnen nastreven.

ontdek eakin®



ontdek de unieke kenmerken van onze wondzakken

- voor horizontale en verticale wonden
- voor wonden tot 245 x 160 mm
- met stop- en vouwsluiting
- extra grote zakken voor incisiwonden
- flexibel werkluk voor eenvoudige toegang tot de wond
- duidelijk aangegeven snijlijnen en overtrekmal



Met stop- en
vouwsluiting



Flexibel
werkluk



Duidelijke
overtrekmal



De Eakin wondzakken vormen een comfortabel, huidvriendelijk en kosten- en tijdbesparend hulpmiddel. Interesse? Onze ervaren professionals komen graag bij u langs of bezoek onze website www.eakin.nl

PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA

ZAAL 417

14.00 – 14.20	Voorkomen is beter dan genezen	S. Vreede, stoma verpleegkundige, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
14.20 – 14.40	"Afvoersystemen nu en in de toekomst; de Bricker en de Hautmann"	A. Smits, nurse practitioner, afdeling Urologie, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
14.40 – 15.00	Van buikwond naar platzbauch oorzaken en signalen	Drs. G.H. van Ramshorst, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Casuïstiek over droge en natte wonden	J. van Steveninck, wondconsulent Hagaziekenhuis, Den Haag
16.00 – 16.30	Geurproblematiek bij vochtige wonden	H. Buyl, wondconsulent Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
16.30 – 17.00	Maden, bloedzuigers en andere vrienden	Drs. P. Steenvoorde, chirurg, Enschede Medisch Centrum, Enschede
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 – 14.20 Voorkomen is beter dan genezen

S. Vreede, stoma verpleegkundige

Kinderen en water zijn vaak een. Al heel jong komt men hier in de westerse wereld in contact met water. Spelen in een badje in de tuin, meehelpen de plantjes water te geven ed.

Het vocht heeft een heftige aantrekkingskracht op kinderen. Bij vijvers, sloten, zee en andere waterplassen kunnen ze zich goed vermaken. Niet altijd met positieve ervaringen. Je moet ze hiertegen beschermen en telkens oppassen waar de kinderen zijn.

Een andere kant van vocht en kinderen is de incontinentie of het niet zindelijk zijn. Vooral in periodes van ziektes kan dit grote gevolgen hebben. Meestal het gebied rond de genitaliën moet het ontgelden. Symptomen zoals bij de Ziekte van Hirschspung, Anus atresie, Crohn, colitis ulcerosa en cytostatica gebruik zijn hierbij berucht. Allemaal kunnen zij dunne ontlasting veroorzaken en samen met verlies van urine geven ze huidbeschadigingen.

Naast erytheem, maseratie, erosie en infecties is de pijn een heel vervelend probleem en maakt de verzorging niet makkelijker. Daarom is de zorg om te voorkomen dat de huid open en pijnlijk wordt een hoge prioriteit.

Iets wat gezien wordt als normale verzorging moet consequent en regelmatig uitgevoerd worden. Alleen dan hoeft je niet te genezen en heb je veel voorkomen.

14.20 – 14.40 "Afvoersystemen nu en in de toekomst; de Bricker en de Hautmann"

A. Smits, nurse practitioner

Het verwijderen van de blaas en het krijgen van een blaasvervangende operatie is voor de patiënt een ingrijpende gebeurtenis. 15 tot 20 jaar geleden betekende dit voor patiënten meestal dat ze een urinestoma kregen. Dit wordt ook wel eens "de Bricker" genoemd, omdat de operatietechniek volgens Bricker wordt toegepast. De afgelopen 15 jaar is er veel veranderd, en in veel gevallen kan er nu van eigen darm een nieuw reservoir gemaakt worden wat wordt aangesloten op de plasbuis. Ook bij de blaasvervangende operaties zijn er verschillende technieken mogelijk zoals de "Studer" of de "Hautmann".

Wat is precies een urinestoma volgens Bricker en wat is precies een blaasvervangende volgens Hautmann? Welke huidproblemen zien we bij deze verschillende deviaties en wat is de mogelijke oorzaak en de behandeling ervan?

Tijdens de presentatie zal worden geprobeerd antwoord te geven op deze vragen.

14.40 – 15.00 Van buikwond naar platzbauch, oorzaken en signalen

G.H. van Ramhorst

15.30 – 16.00 Casuïstiek over droge en natte wonden

J. van Steveninck, wondconsulent

Het is bekend dat cellen een vochtig milieu nodig hebben om goed uit te groeien. Het is dan wel zaak de juiste balans

PARALLELSESSIE CHIRURGISCHEWOND/STOMA

ZAAL 417

daarin te vinden. Tijdens deze praktijkgerichte presentatie zullen beoordelingscriteria worden behandeld die bepalen of een wond (te) droog of (te) vochtig is. Aan de hand van verschillende foto's wordt geleerd hoe tot de juiste keuze te komen bij het bepalen van het juiste wondverbandmateriaal.

16.00 – 16.30 Geurproblematiek bij vochtige wonden

H. Buijl-Nout, wondconsulent

In deze presentatie behandel ik de oorzaken van geurproblematiek en geef ik adviezen op welke wijze u dit kunt verhelpen. Ook zal ik ingaan op het vochtprobleem wanneer dit gerelateerd is aan het geurprobleem.

Geurproblemen zijn doorgaans succesvol te verhelpen of te verminderen. Belangrijk hierbij is dat voor zover mogelijk de oorzaak van de geur wordt aangepakt en niet alleen de geur zelf. Geurproblemen kunnen worden veroorzaakt door weefselversterf en/of door secundaire infecties.

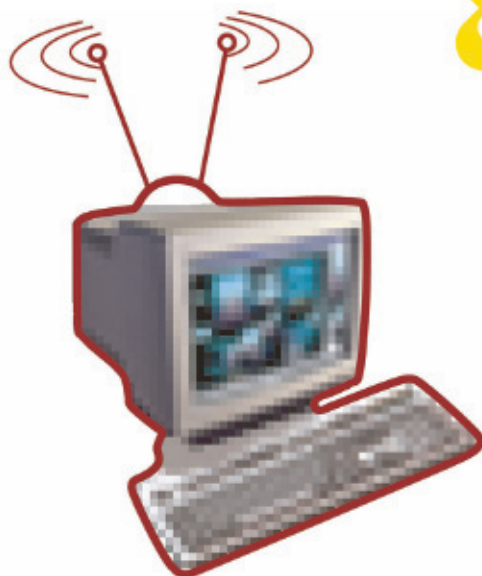
Gelukkig hebben we nu meer middelen tot onze beschikking dan de nilodor druppels of het schoteltje koffie van vroeger. Tijdens deze presentatie krijgt u inzicht in de verschillende methoden en middelen.

Een penetrant aanwezige geur is erg hinderlijk voor de patiënt zelf en zijn omgeving. Het kan zeer ingrijpend zijn voor het lichamelijk, emotioneel en sociaal functioneren.

De patiënt zal zich vaak "vies" voelen of zich schamen en proberen de geur te camoufleren. In mijn presentatie ga ik ook op dit sociale aspect in.

16.30 – 17.00 Maden, bloedzuigers en andere vrienden

P. Steenvoorde, chirurg



**VOOR MEER INFO
ZIE ONZE WEBSITE**

WWW.WCS-NEDERLAND.NL

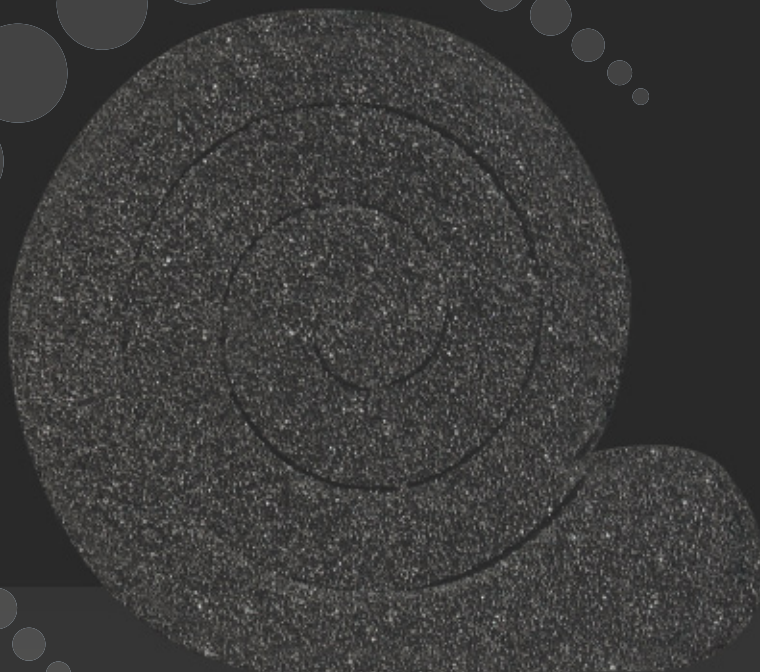
SPECIALE CONGRESAANBIEDING



**VANWEGE HAAR
25 JARIG JUBILEUM
JAARABONNEMENT
WCS NIEUWS (4 NUMMERS)
EN HET WCS
WONDENBOEK
VOOR SLECHTS 2 x € 25,-**



✓ Makkelijk



✓ Makkelijk
✓ Alle voordelen van V.A.C.® Therapy

Nieuw V.A.C.® Simplace™ Dressing

Simpel. Snel.

- Eenvoudig op maat te maken zonder te knippen
- Snel af te plakken
- Gewoonweg alle bewezen voordelen van V.A.C.® Therapy

Zie hier hoe eenvoudig V.A.C.® Therapy kan zijn:

 +31(0)30 635 60 60  www.kci-medical.com

Met:
3M Tegaderm™
Dressing

De KCI-handelsmerken voorzien van het symbool ® of ™ zijn gepatenteerd, of er is een patent voor aangevraagd, in ten minste één land waar dit product/werk in de handel is gebracht, maar niet noodzakelijk in al die landen. 3M™ en Tegaderm™ zijn handelsmerken van 3M Company. Alle andere hierin genoemde handelsmerken zijn eigendom van KCI Licensing, of de met hen geaffilieerde bedrijven en licentiegevers. DSL#09-03-192.1.


The Clinical Advantage®

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

14.00 – 14.30	Moderne therapie bij ulcus cruris	Drs. D. Kuipers, dermatoloog, Amphia Ziekenhuis, Breda
14.30 – 15.00	Water, water, water	M. de Boer, dermatologie verpleegkundige, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Zilveren blik op ulcus cruris: 25 jaar dermatologie	Prof. Dr. H.A.M. Neumann, dermatoloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
16.00 – 16.30	25 jaar huisarts	Dr. A.J. Evertse, huisarts, Oud-Beijerland
16.30 – 17.00	25 jaar (wond)verpleegkundige	Teo Derksen, hoofdverpleegkundige C10, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 – 14.30 Moderne therapie bij ulcus cruris

D. Kuipers, dermatoloog

14.30 – 15.00 Water.....water.....water?

M. de Boer, dermatologie verpleegkundige

Al het leven op aarde bestaat grotendeels uit en is afhankelijk van water.

Het menselijk lichaam bestaat voor 60 tot 80% uit water.

Water heeft de taak alle lichaamsprocessen optimaal te laten verlopen en om ons lichaam te reinigen en afvalstoffen af te kunnen voeren. Bij een belemmering van afvoer van 'water' in de benen ontstaat er oedeem. Oedeem kan grote vormen aannemen. Bij chronische veneuze insufficiëntie kunnen zich liters 'water' ophopen in de interstitiële ruimtes van de benen. Is dit oedeem lange tijd aanwezig verhoogd dit de kans op ulcera. De weefsels zijn overbelast en de uitwisseling van 'water' is verstoord.

Het reinigen van wonden is een van de meest belangrijke componenten van een effectief wondmanagement.

Spoelen we de wonden met water uit de kraan?

Bij de verzorging van een wond is het van essentieel belang om te zorgen voor een optimale vochtbalans (niet te nat of te droog). Bij een droge huid is de barrièrefunctie van de huid verminderd.

Door het veelvuldig gebruik van water zal de al droge huid nog meer uitdrogen.

Om het belang van water te benadrukken: mensen kunnen weken zonder voedsel maar hooguit 3 dagen zonder water.

15.30 – 16.00 Zilveren blik op ulcus cruris: 25 jaar dermatologie

H.A.M. Neumann, dermatoloog

Zoals de toonzetting van zijn latere buurman, Wolfgang Amadeus Mozart, heeft Joseph Jacob Plenck als dermatoloog avant la lettre, een handleiding opgesteld van bepaalde composities der natuur. Plenck (1738 - 1807), Weens medicus en erudiet veelschrijver, had de goede ingevingen tot in die tijd toegepaste maar onbruikbare indeling van huidziekte naar locaties te vervangen door een empirisch vastgestelde indeling. Binnen deze indeling heeft hij ook het hoofdstuk ulcera neergezet. Samenhang tussen het ulcus cruris en varices was echter al bij Celsus bekend.

Aan het begin van de vorige eeuw waren het vooral Franse dermatologen welke het ulcus cruris begonnen te behandelen met kleurstoffen. Je kunt hierbij denken aan gentiaan violet, mercurochroom, Castellani's paint. In 1974 publiceerde de Nederlandse dermatoloog Wuite over de toepassing van zilvernitraat in carbowax voor de behandeling van het ulcus cruris venosum. Met name bij superinfectie met pseudomonas wordt dit een populaire behandeling onder dermatologen. Vanaf de publicatie van George Winter in Nature in 1963 (Effect of air exposure and occlusion in experimental humans skin wounds), is de wereld van wondzorg veranderd. Tot die tijd werd, zie de behandeling met kleurstoffen, vooral gepropageerd om de wonden zoveel mogelijk in te drogen. George Winter toonde aan, dat een vochtig wondmilieu bevorderend is voor de wondgenezing.

In 1984 was het gebruikelijk binnen de Dermatologie om het ulcus cruris te verbinden met vette gazen, waardoor een

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

enigszins vochtig wondmilieu gehandhaafd kon blijven zonder dat er sprake was van het lekken van overmatig exsudaat. Vanaf de tweede helft van de jaren '80 zijn een scala van wondverzorgingsmiddelen op de markt gekomen. De drie dimensionale netwerken van onderlinge kruisverbindingen van dextransen was één van de eerste nieuwe wondmiddelen die werden toegepast. Deze microgranule van 0,1 tot 0,3 mm in diameter hebben de eigenschap om enerzijds veel vocht te kunnen opnemen, maar anderzijds ook een vochtig wondmilieu te kunnen handhaven. Hydrocolloïden welke allang gebruikt werden in de stomazorg, werden ondanks de hoge kosten ook langzaam maar zeker in Nederland geïntroduceerd voor de behandeling van chronische wonden. Inmiddels is de keuze aan wondverzorgingsmiddelen buitengewoon groot geworden, waardoor veel medewerkers in de gezondheidszorg door de bomen het bos niet meer kunnen waarnemen. Tegelijkertijd zijn er pogingen ondernomen om de wondgenezing te kunnen bespoedigen door lokaal groeifactoren in te zetten. Gezien de complexiteit van de cascade van cytokinen betrokken bij de wondgenezing, is het nimmer gelukt om met één groeifactor, zelfs niet met PDGF, significante verbetering te krijgen van de helingstijd. Sinds Jacques Louis Reverend (1842 – 1929) in 1869 door zijn opleider Guyon in het Hospital Necker in Parijs ontslagen werd omdat hij de eerste huid allograft transplantatie doorvoerde, weten wij dat huidtransplantaties bijzonder effectief kunnen zijn om granulerende wonden snel te sluiten. Van bij de patiënt geogste keratinocyte kan in het laboratorium huid gekweekt worden. Deze grafts zijn in Nederland echter nooit populair geworden vanwege de hoge kosten. Ook de semi synthetische huid, zoals Apligraf® is nooit populair geworden.

In de afgelopen 25 jaar is het landschap van de Dermatoloog betreffende de benadering van chronische wonden en in het bijzonder die van het ulcus cruris duidelijk veranderd. Compressietherapie is nog steeds de hoeksteen van de behandeling, maar de wondverzorging is veel rationeler geworden. Hoop dat groeifactoren het werk van de medicus zou overnemen is helaas niet bewaarheid.

16.00 – 16.30 Zilveren blik op het ulcus cruris: 25 jaar huisarts

A.J. Evertse, huisarts

16.30 – 17.00 Zilveren blik op het ulcus cruris: 25 jaar (wond)verpleegkundige

T. Derksen, hoofdverpleegkundige

De afdeling Dermatologie van het UMC St Radboud heeft zich vanaf het eerste moment van oprichting (in 1957) intensief bezig gehouden met onderzoek, behandeling en nazorg van flebologische aandoeningen.

De toenmalige dermatoloog met flebologie als aandachtsgebied gaf bij iedere groep nieuwe coassistenten een uitgebreid college over de flebologische beginselen en daarbinnen specifiek het ulcus cruris.

De symptomen, klachten en het lijden zijn in al die jaren niet veranderd. Nog altijd staan de pijn en het ongemak op de voorgrond. Nog altijd zorgt het voor flinke beperkingen, variërend van licht trekken met het been tot compleet immobiel zijn. Ook is het aspect van het ulcus nooit veranderd en komt het in alle verschijningsvormen voorbij en het blijft heel bijzonder dat er nog altijd patiënten voor een eerste keer op het spreekuur komen met zo uitgebreide ulceraties dat iedereen zich daarbij afvraagt hoe het zo ver heeft kunnen komen. Dat mensen zo lang hun aandoening verbergen of meehelpen om te verbergen en daarmee onnodig lijden blijft heel bijzonder, juist in deze tijd: is het ondanks deze tijd waarin we leven of dankzij de tijd waarin we leven? Dat is nog maar net de vraag....

Een compleet wondteam, voor een betere service dan ooit

Om aan de eisen en complexiteit van de huidige wondzorg te kunnen voldoen is ons wondteam opgebouwd uit diverse gespecialiseerde teams.

Zo hebben wij de beschikking over een team voor negatieve druktherapie en een intra- en extramuraal team voor onze AWC producten (zoals bijv. ALLEVYN). Zij worden allen ondersteund door klinisch specialisten en een zeer ervaren en veelzijdige binnendienst.



Neem voor al uw wondvraagstukken gerust contact met ons op. Wij zorgen voor een passende oplossing!

Johan van Doremalen, National Sales Manager AWM



Tjalling van Dijk
Klinisch Specialist



"Een behandelaar helpen bij een moeilijke wond en resultaat zien, dat geeft een goed gevoel"

Casper Scheuer
Key Account Manager IT



"Verantwoordelijk zijn voor de verkoop van negatieve druktherapie is meer dan alleen een pomp verkopen, het gaat om trainen, transmuraal meedenken en zorgen voor goede begeleiding"

Wesley Lablans
Rayon Manager AWM



"Ik zou nooit een product kunnen leveren waar ik niet voor de volle 100% achter sta"



Bianca Jansen
Secretaresse

"Na weken voorbereiding is het fijn om te zien dat een congres of workshop vloeiend verloopt en iedereen met een goed gevoel naar huis gaat"

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

14.00 – 14.30	Geïnficeerde diabetes ulcus en osteomyelitis	Drs. J. Bouwhuis, infectioloog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
14.30 – 15.00	Hyperbare zuurstof therapie bij de patiënt met een diabetische voet	T. Rapmund, wondconsulent hyperbare zuurstof therapie, Rotterdam
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Off loading	R. Visser, gipsverbandmeester, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
16.00 – 16.30	De kracht van zwachtelen	J. Wijma, gipsverbandmeester en wondconsulent, Bronovo Ziekenhuis, Den Haag
16.30 – 17.00	De chirurgische benadering van de diabetische voet	M. Bodegom, chirurg in opleiding, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 – 14.30 Geïnficeerde diabetes ulcus en osteomyelitis

J. Bouwhuis, infectioloog

Geïnficeerde diabetische ulcera en osteomyelitis

Infectie van een diabetisch ulcus is een ernstige complicatie, welke vaak leidt tot langdurige ziekenhuisopnames en er is een grote kans op amputatie. Vanwege de neuropathie ondervinden weinig patiënten pijn en vaak ontstaat ook geen koorts. Zwelling en roodheid rondom het ulcus kunnen uitblijven door perifeer vaatlijden. Daardoor kan de diagnose moeilijk te stellen zijn en ook is er hierdoor vaak sprake van vertraging bij de patiënt voordat medische hulp wordt gevraagd. Voor een goede antibiotische behandeling is het nodig dat het oorzakelijke micro-organisme wordt geïdentificeerd. Voor het afnemen van een adequate kweek voor microbiologisch onderzoek moet eerst een débridement te worden uitgevoerd en vervolgens de wondbodem te worden uitgestreken. Bij voorkeur dient dit te gebeuren voordat antibiotica gestart wordt. Acute infecties worden veroorzaakt door voornamelijk Grampositieve bacteriën, zoals *Staphylococcus aureus* en hemolytische streptokokken. Chronische infecties worden veelal veroorzaakt door polymicrobiële infecties met ook Gramnegatieve en anaerobe bacteriën. Osteomyelitis kan optreden op bij diepe diabetische ulcera en is lastig te diagnosticeren en te behandelen. Een positieve kweek van adequaat verkregen materiaal is de gouden standaard bij de diagnostiek, maar vaak moeilijk te verkrijgen. Beeldvormend onderzoek kan in eerste instantie worden gedaan door middel van conventionele röntgenopnames, maar een negatieve röntgenfoto sluit een acute osteomyelitis niet uit. MRI-scan en botscan hebben een hogere sensitiviteit. Bij de therapie van geïnficeerde ulcera is adequate wondbehandeling van belang. Daarnaast moet antibiotica worden gegeven, waarbij de keuze afhangt van de kweekuitslag. Indien er geen systemische ziekteverschijnselen zijn kan een oraal antibioticum worden gekozen. Bij ernstige infecties moet de patiënt worden opgenomen in het ziekenhuis en intraveneuze antibiotische therapie krijgen. De duur van antibiotische therapie bij geïnficeerde ulcera is 10-14 dagen, bij osteomyelitis tenminste 6 weken.

14.30 – 15.00 Hyperbare zuurstoftherapie bij de patiënt met een diabetische voet

T. Rapmund, wondconsulent

Hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) is een behandeling waar-bij patiënten zuivere zuurstof inademen in een omgeving waar de druk hoger is dan de atmosferische druk. De behandelingsdruk is vergelijkbaar met de druk die een duiker ondervindt op ongeveer 15 meter diepte. Door de therapie zal de hoeveelheid opgeloste zuurstof in het plasma aanzienlijk toenemen.

Het voornaamste probleem van de diabetische voet is de polyneuropatie en de microangiopathie. Lang niet iedere diabetische voet komt in aanmerking voor HBOT. Een eerste vereiste is dat de macrocirculatie goed is, het bloed moet immers wel in het gebied kunnen aankomen, want de grote hoeveelheden zuurstof die tijdens HBOT worden opgelost worden via het bloed vervoerd. Dan wordt gekeken of het wondgenezingsprobleem te wijten is aan hypoxie. Om dit te bepalen wordt er gebruik gemaakt van de transcutane zuurstofspanning (TCOM). Zo wordt bekeken of er rond het wondgebied sprake is van hypoxie en of deze hypoxie ook daadwerkelijk wordt opgeheven door het ademen van zuur-

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

stof bij een verhoogde omgevingsdruk. Patiënten met diabetische ulcera worden 30 tot 40 keer behandeld, vijf keer per week. Daarbij geven wij een intensieve wondbehandeling.

HBOT is een erkende medische behandeling die in het basispakket is opgenomen van alle zorgverzekeraars.

15.30 – 16.00 Offloading

R. Visser, gipsverbandmeester

Neuropathische ulceraties ontstaan als gevolg biomechanische stress van de voet. Met name slecht zittend schoeisel en verminderd gevoel geven grote kans op ulceraties aan de voet.

Vooraf tijdens het afwikkelen van de voet ontstaat er een grote piekbelasting op de kopjes van de metatarsalia. Onder de voorvoet worden dan ook de meeste wonden gezien.

De genezing van een ulcus is alleen mogelijk bij voortdurende rust van de wond. Dus geen druk-, rotatie- en schuifkrachten. Door een gelijkmatige drukverdeling van de voet, ontlasten we de druk op de ulcus. Dit is uiterst effectieve behandelingsmethode.

Er zijn meerdere mogelijkheden om een off-loading te bewerkstelligen.

Alle mogelijkheden van off-loading en de voor- en nadelen worden tijdens de presentatie behandeld.

16.00 – 16.30 De kracht van zwachtelen

J. Wijma, gipsverbandmeester en wondconsulent

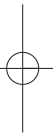
16.30-17.00 De chirurgische benadering van de diabetische voet

M. Bodegom, chirurg in opleiding

Ongeveer 3% van de diabetes populatie zal jaarlijks een voetulcus ontwikkelen, dit komt neer op ongeveer 20000 patiënten per jaar. 15% hiervan zal een amputatie ondergaan. De diabetische voet ulcera hebben een slechte genezings-tendens en leiden tot verlies van kwaliteit van leven voor de patiënten en hoge maatschappelijke kosten. Bij het ontstaan van ulcera speelt zenuw schade (de neuropathie) een centrale rol. Ongeveer 50-60% van alle voetulcera zijn "neuropathisch".

Indien er tevens sprake is van atherosclerose bestaat er onvoldoende weefselperfusie wat een goede ulcusgenezing in de weg staat. Indien dit ernstig is zal een revascularisatie door de radioloog danwel de chirurg moeten worden verricht. De combinatie van een ulcus, ischaemie en infectie moet agressief worden behandeld met het verwijderen van necrose, gevolgd door een revascularisatie en antibiotische behandeling.

De chirurg heeft in het multidisciplinaire team dat betrokken is bij de behandeling van diabetische voeten een belangrijke taak. Infectiebehandeling en coördinatie van de revascularisatie zijn daarvan de belangrijkste. Indien de multidisciplinaire aanpak niet mocht baten zal een goede amputatie moeten worden verricht ook hier speelt de chirurg een belangrijke rol.



Bezoek onze stand
op het WCS Congres
op 17 & 18 november.



TenderWet® active: Actieve wondreiniging met een unieke absorptie-spoelwerking



TenderWet® active cavity
en TenderWet® 24 active

De nieuwe TenderWet active is met Ringeroplossing geactiveerd en dus gebruiksklaar. Door de unieke absorptiespoelwerking wordt een probleemwond snel, doeltreffend en pijnloos gereinigd. Necrose wordt losgeweekt en verwijderd. Daarnaast absorbeert het wondkussen infectiegevoelig exsudaat. Zo ondersteunt TenderWet active het lichaamseigen genezingsproces in de wondreinigingsfase.

Voor meer informatie: www.paulhartmann.nl

Kom naar onze interactieve workshop "Diabetische Voet" op 18 november. Deze workshop over diagnose en behandeling van de diabetische voet, wordt begeleid door dhr. A. Brill, wondconsulent / gipsverbandmeester verbonden aan Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), locatie Almelo.



helps healing.

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 211

14.00 – 14.20	Stoominhalatietherapie: ineffectief en gevaarlijk!	Dr. M.K. Nieuwenhuis, programmaleider Klinisch Onderzoek Martini Ziekenhuis, Groningen
14.20 – 14.40	Koelen bij brandwonden	K. Rozemeijer, verpleegkundige, Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
14.40 – 15.00	Wondverzorging heetwater verbranding (hydrofiber)	Drs. J. Dokter, medisch coördinator Brandwondencentrum Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 15.50	Gelaatsverbranding	Dr. M.K. Nieuwenhuis, programmaleider Klinisch Onderzoek Martini Ziekenhuis, Groningen
15.50 – 16.10	Oedeem en brandwonden	H. J. van Kempen, huidtherapeut, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
16.10 – 16.30	Compartimentsyndroom bij brandwonden	Drs. J. Dokter, medisch coördinator Brandwondencentrum Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
16.30 – 16.45	Pseudomonas: effect op ligduur	E. Bot, co-assistent, Rode kruis Ziekenhuis, Beverwijk
16.45 – 17.00	Pseudomonas: wondbehandeling	H. Westra, IC-verpleegkundige, Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 – 14.20 Stoominhalatietherapie: ineffectief en gevaarlijk!

M.K. Nieuwenhuis, programmaleider Klinisch Onderzoek

Ernstige brandwonden bij kinderen als complicatie van stoominhalatietherapie

Stoominhalatietherapie wordt geadviseerd bij bovenste luchtweginfecties. Overtuigend wetenschappelijk bewijs voor deze therapie ontbreekt en complicaties als heetwater- en stoomverbrandingen worden hierbij onderbelicht. Naar aanleiding van de opname van twee kinderen in het Brandwondencentrum Rotterdam met ernstige heetwaterverbrandingen opgelopen door stoominhalatietherapie zijn aard, frequentie en ernst van brandwonden, als gevolg van stoominhalatietherapie in Nederland geïnventariseerd.

Uit retrospectief statusonderzoek bleek dat de afgelopen tien jaar 31 patiënten werden opgenomen in de Nederlandse brandwondencentra met brandwonden als complicatie van stoominhalatietherapie. De gemiddelde ligduur was 10 dagen. Het merendeel van de patiënten was jonger dan 16 jaar en tevens de categorie patiënten waar de meeste chirurgische interventies plaatsvonden. Een analyse van het Letsel Informatie Systeem toont aan dat er per jaar bij 30 tot 80 patiënten behandelingen plaats vinden op de Spoed Eisende Hulp voor een verbranding als gevolg van stoominhalatietherapie. Daar het nut van deze therapie niet is bewezen en er met name bij kinderen ernstige complicaties kunnen optreden dient stoominhalatietherapie te worden ontraden.

E Kerkhof¹, MK Nieuwenhuis², AFPM Vloemans³, J Dokter⁴, MGA Baartmans¹

¹ Kindergeneeskunde Maasstadziekenhuis, Rotterdam

² Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland, Martini Ziekenhuis, Groningen

³ Brandwondencentrum Rode Kruisziekenhuis, Beverwijk

⁴ Brandwondencentrum Maasstadziekenhuis, Rotterdam

14.20 – 14.40 Koelen bij brandwonden

K. Rozemeijer, verpleegkundige

Natuurlijk de eerste hulp bij branden!

Maar hoe koelen we?

Waarmee en hoelang koelen we?

De eerste hulp aan brandwondenslachtoffers is in grote mate bepalend voor de uiteindelijke schade.

Het is daarom noodzakelijk goed op de hoogte te zijn van een aantal vuistregels voor de eerste hulpverlening.

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 211

14.40 – 15.00 Wondverzorging heetwater verbranding (hydrofiber)

J. Dokter, medisch coördinator

15.30 – 15.50 Gelaatsverbranding

M.K. Nieuwenhuis, programmaleider Klinisch Onderzoek

15.50 – 16.10 Oedeem en brandwonden

H.J.van Kempen, RN huidtherapeut

Pilot studie naar het effect van oedeemtherapie op het verloop van oedeemreductie bij patiënten met een brandwond aan hand of voet.

Achtergrond

Gedurende de eerste 12 tot 24 uur kan massale oedeemvorming optreden bij patiënten met ernstige brandwonden. Hierdoor kan de dynamiek en daarmee de wondgenezing van de brandwond negatief beïnvloed worden. Het lymfsysteem heeft een belangrijke rol in de homeostase van de weefsels. Door het positioneren, passief en actief oefenen wordt reductie van het oedeem gestimuleerd. Door oedeemtherapie, dat tevens bestaat uit de interventies lymfdrainage en compressie, toe te passen, kan er verbetering in oedeemreductie verkregen worden. Naar deze therapie is bij patiënten met brandwonden nog geen onderzoek gedaan. De interventies zijn afzonderlijk in casu beschreven.

Doelstelling

Het bestuderen van het effect van oedeemtherapie op het verloop van oedeemreductie.

Methode

Door middel van een gerandomiseerd prospectief onderzoek worden 32 volwassen patiënten met brandwonden en oedeem aan de hand of de voet geïncludeerd. De behandelgroep krijgt alle interventies van oedeemtherapie en de controle groep wordt met de standaard: positioneren, passief- en actief oefenen behandeld.

Materiaal

Primaire uitkomstmaat is de oedeemreductie, welke gemeten wordt door plethysmografie. Tevens wordt met een VAT score gevraagd naar de beleving van spanning, druk, pijn en jeuk.

Resultaat

Deze pilot is in maart 2006 van start gegaan. Na drie jaar is op 1 maart 2009 het includeren beëindigd. Er zijn 13 patiënten geïncludeerd waarvan 17 metingen van handen bruikbaar waren. Met deze data lijkt er wat betreft oedeemreductie na twee weken weinig verschil tussen de beide groepen. Echter na 24 uur laat de behandelgroep een oedeemreductie zien terwijl in de controle groep er een toename is van oedeem. Tevens zijn het aantal operaties in de behandelgroep minder ten opzichte van de controlegroep: 1: 4.

Conclusies

Hoewel bij de groep die oedeemtherapie heeft gehad een duidelijk aantoonbare oedeemreductie plaatsvond en bij deze groep ook minder operaties plaatsvonden, kan er vanwege het kleine aantal voor analyse geen significantie worden aangetoond.

Aanbevelingen

Verder onderzoek naar het effect van oedeemtherapie op verdieping van de brandwond en de ontwikkeling van littekenweefsel is wenselijk.

16.10 – 16.30 Compartimentsyndroom bij brandwonden

J. Dokter, medisch coördinator

16.30 – 16.45 Pseudomonas: effect op ligduur

E. Bot, co-assistent

16.45 -17.00 Pseudomonas: wondbehandeling

H. E. Westra, IC-verpleegkundige

De *Pseudomonas aeruginosa* voelt zich prima in een vochtige omgeving. In de brandwondenzorg ziet men regelmatig infecties die worden veroorzaakt door deze bacterie. De nattende brandwonden zijn een goede voedingsbodem, waar hij gemakkelijk kan koloniseren. Voor patiënten heeft dit een aantal consequenties: de wondgenezing vertraagt, de wondverbanden hebben een nare geur en kleur, sommige wondbedekkers en verbandmiddelen geven vieze vlekken en vaak moeten geïnfecteerde patiënten geïsoleerd verpleegd worden. Aan de hand van een casus komen diverse aspecten van het verplegen van een patiënt met een *Pseudomonas*infectie aan de orde.

VOOR DE PREVENTIE EN BEHANDELING VAN LITTEKENVORMING



Op recept volledig vergoed



- Eerste keus therapie in internationale richtlijnen
- Drievoudige werking
- Bewezen effectief voor de preventie én behandeling van littekenvorming
- Maakt littekens zachter, vlakker en minder zichtbaar
- Vermindert roodheid, jeuk en pijn van het litteken

MEDA

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 718

14.00 – 15.00	Fisteling bij de oncologische patiënt	C.M.C. Half, oncologie-, wond-, stoma- en continentieverpleegkundige, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 17.00	Workshop buikfistels en toepassen van materialen	Commissie oncologische wonden en ulcera
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 – 15.00 **Fisteling bij de oncologische patiënt**

C.M.C. Half, oncologie-, wond-, stoma- en continentieverpleegkundige

De lezing geeft inzicht in het medische en verpleegkundige beleid bij oncologische patiënten met enterale fisteling. Het ontstaan, de beïnvloedende factoren, soorten fistels en hun behandeling en verpleging komen aan bod. Door middel van enkele casussen wordt een vertaalslag naar de praktijk gemaakt.

15.30 – 17.00 **Workshop buikfistels en toepassen van materialen**

K. Creemers, D. Jetten, Oncologie- wond- decubitus- stomaverpleegkundigen

Naar aanleiding van de vorige lezing (Enterale fisteling bij de oncologische patiënt) volgt in deze workshop de mogelijkheid om praktische vaardigheden te oefenen en ervaringen uit te wisselen.

Door het nabootsen van buikwonden met fisteling, krijg je hier de kans om de praktijk in het "echt" te ervaren. Tevens gaan we met verschillende materialen aan de slag die je hierbij kunt inzetten.

Op deze manier laten wij de theorie en de praktijk samen komen en hopen er een levendige workshop van te maken, waarbij het uitwisselen van ervaringen voorop staat.



De natuur is niet bestand
tegen te veel druk

Het menselijk lichaam
is niet anders

Wereldwijd vertrouwt men op ArjoHuntleigh's toonaangevende anti-decubitussystemen om cliënten en zorgverleners te beschermen tegen de onnodige complicaties als gevolg van decubitus. Voor meer informatie raadpleeg www.ArjoHuntleigh.com

Active therapy.

Clinically proven to reduce the very nature of pressure ulcers.



SPONSORPROGRAMMA VAN KCI MEDICAL

ZAAL 312

	Voorzitter: dr. J. Oskam	
14.00 – 14.40	Strategie bij open buik behandeling	R.J. de Wit, chirurg Medisch Spectrum Twente, Enschede
14.40 – 15.00	Innovatie op het gebied van negatieve druk	Ingrid Evers, Product Manager V.A.C. [®] , KCI Medical B.V., Houten
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.15	V.A.C. [®] Therapy in de poliklinische setting; resultaten van 140 patiënten	L. van Doorn, MA ANP nurse practitioner heelkunde, Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
16.15 – 17.00	Denkstrategieën voor complexe en chronische wonden	Dr. J. Oskam, vaatchirurg, Isala Klinieken, Zwolle
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

14.00 – 14.40 Strategie bij open buikbehandeling

R.J. de Wit, chirurg

14.40 – 15.00 Innovatie op het gebied van negatieve druk

I. Evers, Product Manager

15.30 – 16.15 V.A.C.[®] Therapy in de poliklinische setting; resultaten van 140 patiënten

L. van Doorn, MA ANP, nurse practitioner

16.15 – 17.00 Denkstrategieën voor complexe en chronische wonden

J. Oskam, vaatchirurg



SPONSORPROGRAMMA VAN LOHMANN & RAUSCHER

ZAAL 212

	Polyhexanide – het nieuwe veelbelovende middel in de behandeling van wondinfecties. In deze sessie willen wij het gebruik van Polyhexanide evalueren. De uitstekende eigenschappen hebben in de ons omringende landen al geleid tot nieuwe normen in de behandeling van wondinfecties. De eigenschappen als uitstekende cel- en weefseltolerantie, het lage risico op sensibilisatie. En het feit dat het een uitstekende vervanger van zilver is, komen in deze sessie uitgebreid aan bod. Deze evaluatie laat zien dat Polyhexanide een belangrijke plaats zal gaan innemen in de behandeling van wondinfecties.	
14.00 – 14.10	Welkom en introductie	E. van der Zee, marketing account manager Lohman & Rauscher
14.10 – 14.40	Polihexanide – A new promising compound for the antimicrobial local therapy	Dr. med. J. Traber, directeur/arts Capiro Venenclinic Kreuzlingen, Zwitserland
14.40 – 15.00	Praktijk ervaringen met Polihexanide in Nederland	L. van Doorn, MA ANP Nurse Practitioner heelkunde Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
15.00 – 15.30	Pauze	
	Ulcus cruris Voor de behandeling van ulcus cruris blijft compressietherapie essentieel. Zijn er naast het compressief zwachtelen nog meer mogelijkheden? Daarover wil L&R graag met u discussiëren. Hierbij heeft L&R de expertise ingeroepen van Kimby Osborne uit Engeland, Director in Training bij Activa Healthcare, een L&R onderneming. Kimby Osborne heeft jarenlange ervaring met de behandeling van oedeemtherapie, zwachtelen en de toepassing van verbandkousen in het bijzonder. Wij nodigen u van harte uit deel te nemen aan deze praktische workshop!	
15.30 – 15.40	Welkom	J. van Dijk, Marketing Account Manager bij Lohman & Rauscher
15.40 – 17.00	Praktische aspecten bij de behandeling van ulcus cruris	K. Osborne, Director of Training, Activa Healthcare UK
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	



SPONSORPROGRAMMA VAN SMITH & NEPHEW

ZAAL 311

14.00 – 14.30	WCS en TIME	W. van der Vliet, clinical specialist, Smith & Nephew, Hoofddorp
14.30 – 15.00	Protocollering	T. van Dijk, clinical specialist, Smith & Nephew, Hoofddorp
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 17.00	De praktijk	D. de Bie, nurse practitioner UMC Utrecht M. van Dijk, wondverpleegkundige St. Anna ziekenhuis Geldrop
17.00	Afsluiting, borrel in Expozaal	

Smith & Nephew presenteert in deze workshop TIME* als leidraad voor protocollering naast het WCS model. TIME is een praktische toepassing van WBP** (Wondbed preparatie), die door specialisten als Prof. Dr. V. Falanga en Dr. G. Sibbald ondersteund wordt. Smith & Nephew heeft het wereldwijd ondersteund om een grote verspreiding van het concept te bewerkstelligen. Juist door de praktische voorbeelden die in deze workshop gegeven zullen worden, zult u zich gesteund voelen door de kennis die al op dit gebied is bijeengebracht.

* TIME is de praktische toepassing volgens vier kenmerkende vragen:

- o Is er dood weefsel? (T= Tissue = weefsel)
- o Is er infectie? (I = Infection)
- o Hoeveel wondvocht is er? (M = Moist = vocht)
- o Hoe is het met de conditie van de wond(-rand)? (E = Edge = rand)

** WBP is wondbedpreparatie. Dit staat voor het prepareren van het wondbed, voor het brengen van de wond in de goede conditie om te genezen of om donorhuid te ontvangen, zodat de wond goed kan genezen zonder belemmeringen.

14.00 – 14.30 WCS en TIME

W. van der Vliet, clinical specialist

14.30 – 15.00 Protocollering

T. van Dijk, clinical specialist

15.30 – 17.00 De praktijk

D. de Bie, nurse practitioner UMC Utrecht, M. van Dijk, wondverpleegkundige St. Anna ziekenhuis Geldrop

WCS ACADEMY 2010



CURSUS ALGEMENE WONDBEHANDELING

INHOUD VAN DE CURSUS:

- * Aanleren van kennis en vaardigheden van preventieve maatregelen
- * Verschillende wondbehandelingen/wondgenezing
- * Verbandtechnieken en de daarbij behorende methoden en producten
- * Productinformatie
- * Alle aspecten m.b.t. algemene wond, decubitus, ulcus cruris, diabetische voet, brandwonden, stoma, oncologische wond en chirurgische wond

CURSUSDUUR:

Drie dagen van 9.30-16.30 uur. Na het volgen van een volledige cursus ontvangt men een certificaat.

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 410,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

Niet abonnees € 440,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

DATA:

Leiden	5 - 12 - 19 januari
Leiden	26 januari, 2 - 9 februari
Leiden	23 - 30 maart, 6 april
Leiden	6 - 13 - 20 april
Nijmegen	11 - 18 - 25 mei
Leiden	1 - 8 - 15 juni
Leiden	7 - 14 - 21 september
Leiden	28 september, 5 - 12 oktober
Groningen	1 - 8 - 15 november
Leiden	23 - 30 november, 7 december

CURSUS PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING EN WOND- BEHANDELING BIJ DE ONCOLOGISCHE PATIËNT

INHOUD VAN DE CURSUS:

- * Aanleren van kennis en vaardigheden m.b.t. de zorg rondom een oncologische wond
- * Preventieve maatregelen
- * Aspecten van oncologische wonden
- * WCS-classificatie model
- * Therapieën en de invloed daarvan op deze specifieke wonden
- * Productinformatie
- * Psychosociale problematiek

CURSUSDUUR:

Twee dagen van 9.30 - 16.00 uur. Na het volgen van een volledige cursus ontvangt men een certificaat.

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 355,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

Niet abonnees € 370,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

DATA:

Leiden	14 en 21 september
--------	--------------------

CURSUS PIJNBESTRIJDING BIJ WONDBEHANDELING

INHOUD VAN DE CURSUS:

- * Aanleren van kennis en vaardigheden van farmacologische en non-farmacologische pijninterventies bij wondbehandeling
- * Theorieën over pijn
- * Effecten van pijn en pijnbestrijding
- * Praktische training

CURSUSDUUR:

Een dag van 9.30 - 17.00 uur. Na het volgen van de volledige cursus ontvangt men een certificaat

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 190,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.
Niet abonnees € 200,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

DATUM:

Leiden 18 mei

CURSUS DECUBITUS AANDACHTSVELDERS

DOEL VAN DE CURSUS:

- * Verpleegkundigen scholen tot aandachtsvelder met het aandachtsgebied decubitus

EISEN M.B.T DE CURSUS:

- * De cursist dient ervaring te hebben op het gebied van decubitus
- * De cursist heeft de cursus Algemene Wondbehandeling gevolgd

INHOUD VAN DE CURSUS:

- * Decubitus in vogelvlucht: ontstaan en risico-indicatoren, preventie, probleemverkenning
- * Geven van voorlichting
- * Voedingsaspecten bij decubitus
- * Workshop wondbehandeling en de behandeling van specifieke decubituswonden/casuïstiek
- * Het leren ingang zetten van veranderingsprocessen binnen het decubitusbeleid op de eigen werkplek
- * Presenteren van een klinische les

CURSUSDUUR:

Twee dagen van 9.30-17.00 uur met een tussentijd van drie weken i.v.m. de te maken praktijkopdracht.

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 355,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.
Niet abonnees € 370,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

DATA:

Leiden 9 februari en 2 maart
Leiden 13 april en 4 mei
Leiden 8 en 29 juni
Zwolle 7 en 28 september

WORKSHOP COMPRESSIE THERAPIE

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 190,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.
Niet abonnees € 200,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

DATA:

Leiden 9 maart
Leiden 22 juni RESERVE
Leiden 9 november

WORKSHOP DIABETISCHE VOET

Leiden 15 juni (7 september RESERVE)

Antimicrobiële wondverzorging met glycerinegel

GLYCOcell®

“isoleert het slechte en stimuleert het goede!”



Flexibele verzorging van chronische wonden



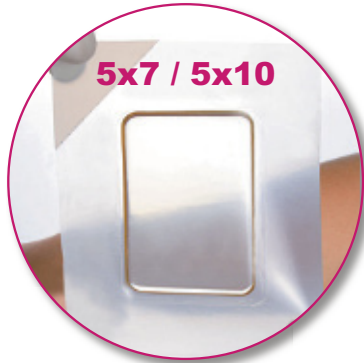
Unieke verzorging van prikplaatsen veroorzaakt door sondes en drainagesystemen



Optimale ondersteuning bij de genezing van wonden



Effectieve bescherming tegen infecties bij kleine wonden



Flexibel gebruik bij geïnfecteerde wonden



Antimicrobiële bescherming van intraveneuze prikplaatsen



Effectieve behandeling van complexe lichaamsdelen

GLYCOcell®

GLYCOcell®SOFT

Wellform Medical BV • Impact 60 • 6921 RZ Duiven
tel. +31 (0)26 3 190 173 • fax +31 (0)26 3 190 172
info@wellformmedical.nl • www.wellformmedical.nl

wellform
MEDICAL

SPECIALE CONGRESAANBIEDING



**VANWEGE HAAR
25 JARIG JUBILEUM
JAARABONNEMENT
WCS NIEUWS (4 NUMMERS)
EN HET WCS
WONDENBOEK
VOOR SLECHTS 2 x € 25,-**

OVERZICHT STANDINDELING EXPOZAAL CONGRES 2009

STAND-NUMMER	BEDRIJF
1.	KCI Medical
2.	Convatec
3.	Lohman & Rauscher
4.	BSN medical
5.	Obesirent
6.	Smith & Nephew
7.	Paul Hartmann
8.	Meda Pharma
9.	RVS van Seenus
10.	WCS Nederland
11.	Medi Nederland
12.	Urgo
13.	Laprolan
14.	Varitex
15.	Joerns
16.	YoMedical
17.	ArjoHuntleigh
18.	Medeco
19.	Combicare
20.	Hillrom
21.	BAP
22.	Taureon
23.	Mathot Medische Speciaalzaken
24.	The Medical & Woundcare Company
25.	Medi Reva
26.	Biologiq
27.	Coloplast
28.	DOCS
29.	Flen Pharma
30.	Vitalis
31.	Wellform
32.	Eakin Healthcare
33.	Maxxcare
34.	Molnlycke
35.	Systagenix
36.	B Braun
37.	Vicair Benelux
38.	Able2
39.	Distrac
40.	TMI
41.	Biomet
42.	Bauerfeind
43.	LZP
44.	V&VN
45.	Decubitus Stichting OZL
46.	Opleidingscentrum Erasmus MC
47.	Bohn Stafleu van Lochem
48.	Principelle
49.	Redactron
50.	Doove Medical
51.	Eurotec



Expozaal		
<table border="1"> <tr> <td>■</td> <td>Kolom</td> </tr> </table>	■	Kolom
■	Kolom	
Project: WCS		
Datum: 17/18 november 2009		
Tekening door Fred van Beumingen		



Dermacyn™ Wound Care

Zo ziet snellere wondheling er voortaan uit:



U weet het uit uw dagelijkse praktijk: als 'lastige' wonden sneller genezen, vertaalt zich dat direct in een hogere kwaliteit van leven voor uw patiënt. Wereldwijd is er steeds meer bewijs dat Dermacyn effectiever, sneller en huidvriendelijker werkt dan gangbare producten. Dermacyn is een bio-actieve (dus niet toxische of synthetische), steriele, supergeoxideerde vloeistof voor het reinigen en behandelen van wonden. Dermacyn verbetert de conditie van het wondbed, waardoor het helingsproces sneller verloopt.

Met Dermacyn snellere wondgenezing door:

1. Bacteriedodende werking Ook effectief tegen biofilms

Dermacyn doodt bacteriën, schimmels, sporen en virussen.

2. Ontstekingsremmend effect

Dermacyn remt de ontwikkeling van mastcellen.

3. Actieve weefselregeneratie

Dermacyn bevordert de granulatie en epithelialisatie.

Plus...

4. Minder antibiotica nodig

Het directe gevolg van de bacteriedodende/ontstekingsremmende werking en de snellere wondheling.

5. Veilig voor gezonde huidcellen

In vergelijking met traditionele producten is Dermacyn een van de veiligste en huidvriendelijkste behandelmethoden.



Dermacyn™ Wound Care wordt vergoed door de zorgverzekeraars en is verkrijgbaar in 500 en 5.000 ml.

Meer over Dermacyn en de onderzoeksresultaten vindt u op www.BiologiQ.nl > Kenniscentrum

Of bel (055) 368 44 50 voor een gratis proefverpakking Dermacyn.

BiologiQ™

HIGH QUALITY SOLUTIONS IN BIOLOGICAL TREATMENT

GOEDE LOGISTIEK • INNOVATIEVE CONCEPTEN • HIGH QUALITY ALS STANDAARD

BIOLOGIQ • WATERMANSTRAAT 66 • 7324 AK APELDOORN - NL
T +31(0)55 368 44 50 • F +31(0)55 368 44 66 • E INFO@BIOLOGIQ.NL • I WWW.BIOLOGIQ.NL

WOENSDAG 18 NOVEMBER 2009

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

09.30- 10.30	Bloopers in de decubituszorg?!	J. van Boekel, decubitus- en wondverpleegkundige regio Tilburg M. Warbout, verpleegkundig specialist somatiek, Reinier van Arkelgroep, 's-Hertogenbosch
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	10 jaar landelijk prevalentie onderzoek decubitus	Prof. dr. R. Halfens, projectleider Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen, Dept. of Health Care and Nursing Science, Universiteit Maastricht, Maastricht
11.30 – 12.00	EPUAP decubitusrichtlijn 2009	Prof. dr. T. Defloor, RN PhD, Verplegingswetenschap Universiteit Gent, Gent België
12.00 – 12.30	De kosten van decubitus; de resultaten van een Nederlands onderzoek	Dr. L. Schoonhoven, docent afdeling verplegingswetenschappen Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 15.30	Transmurale decubituszorg, een waterdichte oplossing	A. van Dam, decubitus- en wondconsulent Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam W. Zeedijk, decubitus- en wondconsulent Thuiszorg Rotterdam, Rotterdam
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 10.30 Bloopers in de decubituszorg?!

J. van Boekel, decubitus- en wondverpleegkundige

Er zijn verschillende richtlijnen: voor de diabetische voet, ulcus cruris, decubitus, chirurgische wond enz. Wij (wijk)verpleegkundigen werken volgens deze richtlijnen. We zijn geschoold in de onderliggende pathologie, de wondgenezingsprocessen, het gebruik van de verschillende wondbedekkers, de rapportage enz.. We hebben vaardigheidstraining gehad om de handelingen uit te voeren op het gebied van de preventie en behandeling van alle afzonderlijke patiëntengroepen. Dus wat kan er eigenlijk mis gaan in de praktijk???

Over dit laatste zullen we het gaan hebben. Wat zien wij, wondverpleegkundigen, in de dagelijkse praktijk binnen de wondbehandeling. Aan de hand van foto's gemaakt in deze dagelijkse praktijk kijken we gezamenlijk naar de zaken die aandacht behoeven en die laten zien wat we massaal moeilijk vinden in de wondbehandeling, zoals;

- Gebruiken we de richtlijnen goed of doet toch iedereen maar wat hij zelf denkt wat goed is voor deze wond?
- Waarom heeft deze patiënt op die plaats een wond? Is die oorzaak wel goed weggenomen?
- Weten we wel allemaal zo goed hoe we de verschillende wondbedekkers moeten gebruiken?
- Hoe ziet de rapportage er uit in de dagelijkse praktijk?
- Weet de patiënt wel waar wij professionals mee bezig zijn, is de voorlichting goed geweest?

In 60 minuten zullen we aan de hand van casuïstieken een aantal bloopers uit de praktijk de revue laten passeren. Hierin geven we de noodzaak weer dat wondbehandeling volgens richtlijnen uitgevoerd dient te worden met verstand van de onderliggende pathologie, wondgenezingsprocessen en een holistische visie.

11.00 – 11.30 10 jaar landelijk prevalentie onderzoek decubitus

R. Halfens, projectleider Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen

In 1998 werd op initiatief van de Stuurgroep Decubitus de eerste meting van de prevalentie van decubitus gehouden

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

bij 98 instellingen. De resultaten waren schokkend, gemiddeld bleek 23 % van de cliënten decubitus te hebben. In verpleeghuizen bleek zelfs een op de drie patiënten decubitus te hebben. Vergelijking met de prevalentie van decubitus in Duitse verpleeghuizen maakte het alleen nog maar erger. In Nederlandse verpleeghuizen bleek de prevalentie zelfs vijfmaal hoger dan in Duitse verpleeghuizen.

Nu, 11 jaar later en 11 metingen verder, blijkt de prevalentie van decubitus aanzienlijk gedaald. De gemiddelde prevalentie is nu 9,9%, en in de chronische sector 10,4%.

Deze daling is niet vanzelf tot stand gekomen. De afgelopen jaren is er veel gebeurd. Veel decubitusverpleegkundigen en aandachtsvelders zijn aangesteld, decubituscommissies zijn nieuw leven ingeblazen, een nieuwe richtlijn is verschenen, en last but not least de minister heeft veel geld ter beschikking gesteld om daadwerkelijk de zorg voor decubitus te verbeteren met behulp van de projecten "zorg voor beter" en "sneller beter".

Het lijkt logisch de daling van de prevalentie aan de ingezette maatregelen toe te schrijven. Echter er zijn ook andere verklaringen. Wellicht de belangrijkste is de invoering van prestatie-indicatoren, die door de Inspectie per instelling openbaar gemaakt worden. Door deze openbaar te maken verwacht men dat instellingen hun kwaliteit van zorg verbeteren om te voorkomen dat er een negatief beeld van hen ontstaat. De invoering van de prestatie-indicatoren, en dan met name het openbaar maken ervan, kan echter ook een ander effect hebben, namelijk dat men minder decubituswonden opgeeft dan er feitelijk zijn. Met andere woorden zijn de verkregen gegevens wel betrouwbaar?

In deze presentatie zal op deze vraag worden ingegaan. Indien de gegevens betrouwbaar zijn, en er dus echt een daling heeft plaatsgevonden in de afgelopen jaren, dan zullen de preventieve maatregelen en de behandeling van decubitus ook verbeterd moeten zijn, mits de patiëntpopulatie vergelijkbaar is gebleven. Tijdens het congres zal aan de hand van de LPZ gegevens bekeken worden of de preventieve maatregelen en de behandeling inderdaad verbeterd zijn, en zo ja of dit de daling van de prevalentie verklaard.

Contactgegevens:

Prof.dr. R.J.G Halfens,
Dept. of Health Care and Nursing Science,
Universiteit Maastricht, Maastricht
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
r.halfens@zw.unimaas.nl
www.lpz-um.eu

11.30 – 12.00 EPUAP decubitusrichtlijn 2009

T. Defloor, RN PhD

Goede praktijk is gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten. Dit is ook zo voor decubituszorg. Om een overzicht te krijgen van de bestaande kennis werden de decubitusrichtlijnen ontwikkeld. Dit gebeurde zowel in Nederland als in België. Deze richtlijnen worden nog steeds frequent geconsulteerd en hebben een grote impact op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Beide richtlijnen zijn echter dringend aan actualisering toe. De wetenschap heeft niet stil gestaan. Heel wat nieuw decubitusonderzoek werd gepubliceerd en nieuwe inzichten werden ontwikkeld.

De EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) en de Amerikaanse NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) hebben de laatste jaren samengewerkt om nieuwe internationale preventie-richtlijnen en behandelingsrichtlijnen op te maken. Hiervoor werd de strenge NICE-methodologie gebruikt. In talrijke werkgroepen hebben tientallen wetenschappers alle literatuur, gepubliceerd sinds 1994, geselecteerd, doorgenomen, geanalyseerd, evidentie-tabellen opgemaakt en aanbevelingen voor de praktijk uitgewerkt. Dit alles werd gestuurd door een Amerikaanse stuurgroep voor de behandelingsrichtlijn en een Europese stuurgroep voor de preventierichtlijn. Deze stuurgroepen werkten nauw samen en bewaakten het volledige proces.

Om garant te staan voor de kwaliteit en de objectiviteit van de richtlijnen was het volledige proces openbaar en werd dit gevolgd door honderden stakeholders van over gans de wereld. Deze stakeholders waren gezondheidszorgwerkers

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

vanuit verschillende disciplines, maar ook decubitus- en wondorganisaties en beroepsorganisaties. Ze volgden elke fase van het proces en gaven hierop commentaar. De eindversie van de twee richtlijnen werd zowel door de EPUAP als door De NPUAP goedgekeurd.

In deze nieuwe richtlijnen, die op het EPUAP-congres in september 2009 voor het eerst worden vrijgegeven, zijn heel wat nieuwe en vernieuwde aanbevelingen terug te vinden. Ook het decubitus-classificatiesysteem werd gewijzigd.

Tijdens de lezing zal worden ingegaan op de inhoud van de nieuwe classificatie en van de nieuwe preventierichtlijn.

12.00 – 12.30 De kosten van decubitus; de resultaten van een Nederlands onderzoek

L. Schoonhoven, docent afdeling verplegingswetenschappen

Doel: bepalen van de kosten voor preventie en behandeling van decubitus vanuit een ziekenhuisperspectief en bepalen welke preventieve aanpak kosteneffectief is.

Opzet: kostenanalyse vanuit een ziekenhuisperspectief. Het onderzoek is uitgevoerd naast een prospectieve cohort studie naar de incidentie en risicofactoren voor decubitus.

Setting: twee grote opleidingsziekenhuizen in Nederland met gedeeltelijk afwijkende benaderingen van preventie; met name inzet van materiaal (de technologische aanpak) en met name inzet van mensen voor bijvoorbeeld wisselhouding (de menskrachtaanpak).

Deelnemers: patiënten die risico lopen op het ontwikkelen van decubitus (149 patiënten) en patiënten die behandeld werden voor decubitus (84 patiënten).

Belangrijkste uitkomstmaten: verbruik materiaal en tijd, kosten preventieve maatregelen en incidentie van decubitus (\geq graad 2) in beide ziekenhuizen.

Resultaten: de incidentie van decubitus was niet significant verschillend tussen beide benaderingen: 5,5% bij de technologische aanpak en 4,9% bij de menskrachtaanpak ($p > 0.15$). De technologische aanpak van preventie kost minder (€13 per dag per patiënt; 95% BI: €11 to €15) dan de menskrachtaanpak (€24 per dag per patiënt; 95% BI: €22 tot €26). Afhankelijk van de ernst van het decubitusletsel worden de kosten van behandeling geschat tussen de €32 en €123 per dag per patiënt. De totale kosten in Nederland voor preventie worden geschat tussen de €27,5 miljoen en €63,6 miljoen, en voor behandeling tussen de €174,5 miljoen en €178,8 miljoen.

Conclusie: de technologische aanpak van decubituspreventie resulteert in dezelfde incidentie van decubitus als preventie met de menskracht aanpak. De technologische aanpak is echter aanzienlijk goedkoper.

14.00 – 15.30 Transmurale decubituszorg, een waterdichte oplossing

A. van Dam, decubitus- en wondconsulent, W. Zeedijk, decubitus- en wondconsulent

Platelet Separation Kit

Accelerating the Body's
Natural Healing Process



Een tendinitis is geen ontsteking maar, het feitelijk gevolg van een falende immuunreactie op een degeneratief proces in de pees. De conservatieve benadering met corticosteroiden lijkt de symptomen wel te behandelen maar, het effect duurt slechts enkele weken.

Het beoogde helingsproces wordt dankzij de Recover-procedure sterk ondersteund met een plaatjesconcentratie die alle groeifactoren bevat in een 5-8 keer hogere concentratie. Recover is een veilige en autologe behandeling voor zacht en hard weefselherstel.

PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA

ZAAL 417

09.30 – 10.00	Fistelmanagement, dweilen met de kraan open?	Dr. M. Sosef, chirurg, Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen
10.00 – 10.30	Help, het blijft lekken, tips en trics wanneer een verbandje niet voldoende is bij de fistelzorg.	M. Vink, stomaverpleegkundige L. Dol, stomaverpleegkundige, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Bacteriegroei in natte en droge wonden	Dr. F. Vlaspolder, microbioloog, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
11.30 – 12.00	Reisverslag van een bacterie	T. Laarman, hygiënist, HagaZiekenhuis, Den Haag
12.00 – 12.30	Het spoelen van wonden	P. van Mierlo, MANP Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	Bloed, zweet en tranen	N. ten Hoorn-Aukema, diëtist, Voedingsadviesbureau Bon Appétit, Leidschendam
14.30 – 15.00	Antegrade colon irregatie	Drs. E. Geerards, NP, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
15.00 – 15.30	Oorlogsverwondingen in Afghanistan	Dr. E. Tan, militair trauma chirurg, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 10.00 Fistelmanagement, dweilen met de kraan open?

M. Sosef, chirurg

10.00 – 10.30 Help, het blijft lekken; tips en trics wanneer een verbandje niet voldoende is bij de fistelzorg

M. Vink, stomaverpleegkundige, L. Dol, stomaverpleegkundige

In deze presentatie lichten we toe hoe fistels verzorgd kunnen worden.
Met behulp van casuïstieken worden praktische tips gegeven.

Er wordt aandacht besteedt aan:

- Bescherming van de huid rondom de fistel
- Opvangmaterialen
- Mogelijkheden bij high output fistels
- Aandacht voor psychosociale zorg, kwaliteit en comfort van de patiënt
- Wat te doen bij geur bij fistels
- Prijs kwaliteit verhouding

11.00 – 11.30 Bacteriegroei in natte en droge wonden

F. Vlaspolder, microbioloog

11.30 – 12.00 Reisverslag van een bacterie

T. Laarman, hygiënist

Casus:

Wat doe je tijdens wondverzorging wanneer op het steriele veld iets ontbreekt..... pak je het ontbrekende zo uit de verbandkar of trek je eerst je handschoenen uit en wrijf je je handen met handalcohol in of roep je de hulp van een collega in?

PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA

ZAAL 417

Aan de hand van de theorie van de besmettingscyclus en geïllustreerd met voorbeelden uit de praktijk worden de mogelijkheden van verspreiding van micro-organismen en vooral het voorkómen hiervan weergegeven. De knelpunten die t.a.v. wondverzorging spelen, zoals aseptisch werken, zullen hierbij uiteraard ook aan de orde komen.

Van de patiënten die geopereerd worden loopt 5 – 10% het risico om als gevolg van de operatie een wondinfectie te krijgen. Bij ± 2% van deze patiënten (resultaten prevalentie studies 2007 & 2008 naar ziekenhuisinfecties) zal dit al tijdens de opname geconstateerd zijn maar meestal treden de verschijnselen pas na ontslag op.

Dat handhygiëne hier ook een belangrijke rol bij speelt zal duidelijk zijn. Daarom zal ook kort ingegaan worden op het landelijke onderzoek naar compliance t.a.v. handhygiëne en infectiepreventieprotocollen in het algemeen waaruit gebleken is dat deze veel te laag is en hoe dit verbeterd kan worden.

12.00 – 12.30 Het spoelen van wonden

P. van Mierlo, MANP

Wonden kunnen op diverse manieren gereinigd worden. Nieuwe ontwikkelingen volgen elkaar snel op, de industrie is er snel bij om de modernste producten op de markt te brengen. Waar het eerst heel gewoon was patiënten adviezen te geven wonden te weken in soda / badedas of biotexbadjes, wonden uit te bruisen met waterstofperoxide en te ijzen / föhnen, wordt nu met name gekozen voor kraanwater, fysiologisch zout, supergeoxideerd water of een spoelvloeistof met polyhexanide.

Tevens is er momenteel veel aandacht voor de vorming van biofilm in een wond. Biofilm wordt door bacteriën gevormd. Bacteriën beschermen zichzelf door zich in te kapselen in een matrix waarbij ze een microkolonie vormen. Hierdoor zijn de bacteriën beschermd tegen de lichaamseigen afweer en verschillende antiseptica. Biofilm vertraagt de wondgenezing aanzienlijk.

Wat kan je wanneer gebruiken? Wat is wetenschappelijk onderzocht? In deze presentatie wordt geprobeerd duidelijkheid te scheppen wat wanneer gebruikt kan worden, welke middelen in welke situatie het beste ingezet kunnen worden.

14.00 – 14.30 Bloed, zweet en tranen

N. ten Hoorn-Aukema, diëtist

Bij wondgenezing wordt veelal niet in eerste instantie aan eten gedacht, maar eerder aan een pleister of een bandage. De link met voeding is niet vanzelfsprekend, toch herstellen alle wonden van binnenuit en hiervoor zijn reparatiematerialen nodig. Voeding levert de benodigde voedingsstoffen voor herstel. Het is soms lastig om een inschatting te maken of men te maken heeft met een gecompliceerde of ongecompliceerde wond. Een ogenschijnlijk kleine, diepe steekwond aan de mediale zijde van het bovenbeen, waar de grote vaten en zenuwen lopen, kan veel ernstiger zijn dan een veel grotere wond aan de laterale zijde. Bij een oppervlakkige wond, zoals een schaafwond of brandwond, kunnen lagen van de lederhuid (dermis) beschadigd zijn en de papillen aangetast, waardoor bloedingen kunnen ontstaan en geen voedingsstoffen aangevoerd worden. Verschillende wonden vragen om een verschillende aanpak.

Ieder mens moet gezond eten, dit geldt in het bijzonder voor ernstig zieke mensen. Juist deze patiënten hebben vaak geen eetlust en lopen het risico op ondervoeding. Het is zaak risicovolle patiënten in de gaten te houden en een risico-analyse te maken. Onderzoek en ervaring leren dat het vroegtijdig onderkennen van het risico op ondervoeding en het behouden of verbeteren van de voedingstoestand, kan bijdragen aan een snellere wondgenezing, minder complicaties na operaties en een verkorte opnameduur. Patiënten en hun bezoek zijn intra- en extramuraal gebaat bij informatie over het belang van extra calorieën en eiwitten. 'Wie beter eet, wordt sneller beter'.

14.30 – 15.00 Antegrade colon irrigatie

E. Geerards, nurse practitioner

Mensen met een motiliteitsprobleem van het colon of met problemen van fecale incontinentie kunnen met behulp van voeding, medicijnen of door het gebruik van klysma's of irrigeren de stoelgang reguleren.

Vaak lukt dit voldoende, echter bij sommigen helpen deze maatregelen onvoldoende. Voor deze categorie patiënten is er nog een mogelijke oplossing, namelijk de antegrade colon lavage.

De chirurg maakt tijdens een operatie een toegang tot het coecum (begin van het colon). De bedoeling is om het

PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA

ZAAL 417

mogelijk te maken dat de patiënt via deze toegang een katheter inbrengt en irrijeert.

Een tweede mogelijkheid is om het coecum endoscopisch of onder röntgendoorlichting te benaderen en een Button als toegang te plaatsen (vergelijkbaar met het plaatsen van een PEG).

Tijdens de presentatie wordt de procedure verder toegelicht en worden de ervaringen tot nu besproken.

15.00 -15.30 Oorlogsverwondingen in Afghanistan

Dr. E. Tan, militair trauma chirurg



Van 6 januari t/m 1 maart 2009 was ik, als chirurg-traumatoloog, onderdeel van een medisch-specialistisch team van het Ministerie van Defensie werkzaam in het internationale ziekenhuis op Kandahar Airfield (KAF), Afghanistan. Mijn team, afkomstig uit het UMC St. Radboud te Nijmegen bood daar specialistisch medische zorg aan Nederlandse militairen, leden van de coalitietroepen, leden van de Afghan National Police (ANP) of de Afghan National Army (ANA), leden van de Opposing Military Forces (OMF, c.q. Talibanstrijders) en aan Afghaanse burgers.

In deze periode werden 114 traumapatiënten opgevangen, waarvan 9 kinderen (leeftijd < 14 jaar). Van de traumapatiënten waren 34 ISAF-militairen, 15 ANA-militairen, 11 ANP-politie agenten en 54 civiele Afghaanse slachtoffers (waarvan enkele Taliban). Het grootste deel van deze patiënten was slachtoffer van oorlogsgeweld.

In deze presentatie zal ik onze ervaringen op het gebied van oorloggerelateerde verwondingen (letsel als gevolg van explosies en penetrerend letsel) en de mogelijkheden van wondzorg in Afghanistan bespreken.

**5 ACTIES in
1 PRODUCT**

1. vochtige wondheling
2. continu debridement
3. antimicrobieel
4. niet cytotoxisch
5. hypoallergeen



Flaminal® Hydro
Weinig exsuderende wond

- beenulcera
- diabetische voet
- 2^{de} graads brandwonden (diep, oppervlakkig)
- complexe schaafwonden
- postoperatieve wonden
- dermatochirurgie

30, 50, 500g

www.flaminalhydro.com

Flaminal® Forte
Sterk exsuderende wond

- sterk exsuderende 2^{de} graads brandwonden (diep, oppervlakkig)
- sterk exsuderende ulcera
- exsuderende doorligwonden
- oncologische wonden

30, 50, 500g

www.flaminalforte.com



PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

09.30 – 10.00	Moderne therapie ulcus cruris	Spreker nog onbekend
10.00 – 10.30	Huilende benen	W. Ruigrok-van der Werven, MA ANP, nurse practitioner dermatologie, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Zwijndrecht
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Kinderen met lymfoedeem	R.J. Damstra, dermatoloog, afdeling dermatologie, flebologie en lymfologie Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten
11.30 – 12.00	Wond- en Watermanagement binnen het Klippel-Trenaunay syndroom	Dr. Carine J.M. van der Vleuten, dermatoloog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
12.00 – 12.30	”De taal van het lichaam”, ziektebeleving bij allochtone patiënten?	H. Leroux, nurse practitioner long-ziekten, ZorgBrug (Transmuraal Centrum Midden Holland)
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	Diuretica bij chronische wonden met oedeem. Zinvol? Bij wie? Bij wie niet?	Drs. K. Kramers, internist, klinisch farmacoloog
14.30 – 15.00	Farmacologie bij ulcus cruris	Drs. T. D. Wentel, dermatoloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
15.00 – 15.30	Casuïstieken	Commissie ulcus cruris
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 10.00 Moderne therapie ulcus cruris

10.00 – 10.30 Huilende benen

W. Ruigrok van der Werven, MA ANP

Druipende verbanden, lekkende benen, natte schoenen, een onaangename geur en, niet op de laatste plaats, wanhopige patiënten. Deze problematische situatie hebben we allemaal wel ééns of meerdere keren meegemaakt.

Een situatie die we zo snel mogelijk willen en moeten oplossen.

De meest voor de hand liggende oplossing is een gedegen exsudaatmanagement en compressietherapie.

Echter, huilende benen zijn niet altijd het gevolg van een zwaar exsuderende wond bij een veneus ulcus cruris.

Ook door andere problemen kunnen benen gaan lekken. Bijvoorbeeld door een dermatitis ten gevolge van een allergische reactie of door pitting oedeem. Deze vorm van oedeem berust voornamelijk op water en kan ontstaan door veneuze insufficiëntie, intern lijden of locale processen.

Is compressie dan ook onze eerste en enige behandelmethode?

Tijdens deze presentatie hoop ik u daar een antwoord op te geven.

11.00 – 11.30 Kinderen met lymfoedeem

R.J. Damstra, dermatoloog

Inleiding

Het lymfsysteem vormt een belangrijk transportmechanisme dat vocht, voedingsstoffen uit de darm, afvalstoffen en immunologische cellen transporteert vanuit de weefsels verder het lichaam in. Hierdoor speelt het een belangrijke rol bij het behoud van de vochtthuishouding en de afvoer van afvalstoffen in de weefsels, de opname van vetten in de darm, regulatie van de immunologische afweer. Als er een stoornis in dit systeem ontstaat, ziet men dat klinisch vaak aanzwelling van een ledermaat. Oorzaken van lymf afvloed stoornis zijn vaak verworven (secundair lymfoedeem) zoals bijvoorbeeld na een operatie, infectie of bestralingen of de oorzaak kan aangeboren zijn.

Bij kinderen is er meestal sprake van een aangeboren lymfoedeem. Dit kan geïsoleerd voorkomen als enig symptoom, bijvoorbeeld door een functionele dan wel anatomische aanlegstoornis, of als een onderdeel in combinatie met meerdere afwijkingen voorkomen, bijvoorbeeld in het kader van een syndroom.

De benadering van lymfoedeem bij kinderen verschilt essentieel vergeleken bij volwassenen vanuit het oogpunt van

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

oorzaak, bijkomende aandoeningen en de therapeutische benadering. De prevalentie van lymfoedeem bij kinderen wordt geschat op 1,15/100.000¹.

Soorten lymfoedeem bij kinderen

Men spreekt van congenitaal lymfoedeem indien dit ontstaat in het eerste levensjaar en van een lymfoedeem precoc indien het optreedt tussen 1-35 jaar^{II,III}. Bij ongeveer 10% van de patiënten is een genetische oorzaak aan te wijzen, zoals een VEGFR3 defect (ziekte van Milroy) of FOXC2 mutatie (lymfoedeem - distichiasis syndroom, LD).

Syndromale vormen van lymfoedeem komen bijvoorbeeld bij het turner syndroom (XO chromosoom), Klinefelter syndroom (XXY) en bijvoorbeeld trisomie 21 (syndroom van Down).

In de meeste gevallen is er geen genetische oorzaak aan te tonen, hoewel als lymfoedeem in de familie voorkomt, de kans groter wordt. In zeldzame gevallen kan een lymfatische aandoening ook voorkomen rond de organen zoals longen en darmen, waardoor er vocht- en vetophoping aldaar ontstaat. Men spreekt dan bijvoorbeeld van proteinloosing enteropathy, chylothorax of chyloperitoneum.

Diagnostiek

In principe kan een zeer zorgvuldige (familie) anamnese in combinatie met een minutieus lichamelijk onderzoek in veel gevallen een sterke aanwijzing vormen voor de diagnose. In specifieke gevallen dient aanvullend onderzoek plaats te vinden. Hierbij wordt naast inspectie van het gehele lichaam, met name ook gekeken naar de tenen, nagels, gelaat en het genitalliëengebied. Bij het vermoeden op een syndromaal lymfoedeem wordt nauw samengewerkt met een kinderarts. In sommige gevallen kan aanvullend onderzoek wenselijk zijn. Indien lymfoedeem familiair voorkomt, is genetisch advies gewenst (genetic counseling)

Behandeling

De behandeling van lymfoedeem vindt door gespecialiseerde therapeuten plaats in nauwe samenwerking met de ouders / verzorgers en wordt aangepast aan de leeftijd en praktische mogelijkheden voor therapie. Onderdelen van een behandelplan kunnen bestaan manuele lymfdrainage, compressie therapie, oefentherapie, huidverzorging en begeleiding. Individueel moet bekeken worden hoe de ouders bij de behandeling worden betrokken. Daarnaast spelen er bij kinderen en adolescenten specifieke psycho-sociale aspecten mee die aandacht behoeven.

Recent is een praktische richtlijn beschreven met relevante klinische informatie, etiologie, work-up en therapie van lymfoedeem bij kinderen^{IV} (Zie tabel 1). Omdat lymfoedeem bij kinderen zeldzaam is, is een gespecialiseerde, multidisciplinaire benadering gewenst door ervaren professionals. In de presentatie wordt hier verder op ingegaan.

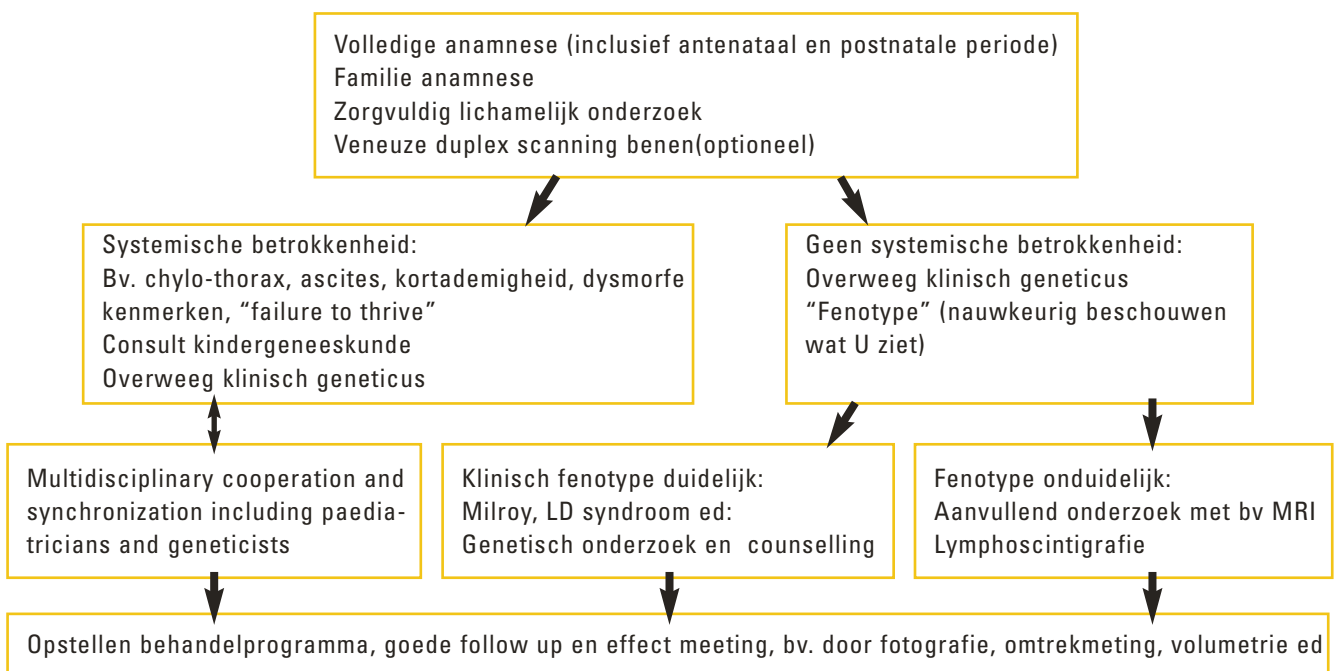


Table 1: Flowchart voor diagnostiek, behandeling en follow-up

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Literatuur

- I Smeltzer DM, Gunnar B, Schirger A. Primary lymphedema in children and adolescents: a follow-up study and review. *Pediatrics* 1985;76 (2):206-18
- II Online Mendelian Inheritance in Men (OMIM), John Hopkins University
- III Browse N, Burnand K, Mortimer PS. Diseases of the lymphatics. Arnold, London UK 2003 (ISBN: 0 340 76203 9) Chap. 5:102-8
- IV Damstra RJ, Mortimer PS. Diagnosis and therapy in children with lymphedema. *Phlebology*. 2008;23(6):276-86

11.30 – 12.00 Wond- en watermanagement binnen het Klippel-Trenaunay Syndroom

C. J.M. van der Vleuten, dermatoloog

Het Klippel-Trenaunay Syndroom (KTS) is een sporadisch voorkomend syndroom gekenmerkt door een trias van arm/beenlengte of -omvangverschil, varices en congenitale capillaire malformatie (wijnvlek) in een kwadrant. Meest voorkomend is één been in combinatie met heup/onderrug en buik ipsilateraal. Soms kan een arm, eventueel met schouder, borst en rug, of een combinatie van kwadranten zijn aangedaan.

Met betrekking tot de oorzaak van het KTS kan worden gesteld dat het waarschijnlijk een letale post-zygotische mutatie van een groei-regulatiegen betreft die alléén in mozaïek kan overleven. Het gen is niet bekend; waarschijnlijk zijn er meerdere "susceptibility" genen die de gevoeligheid voor het ontwikkelen van KTS bepalen. Omdat het een letale mutatie betreft kan deze niet via de gameten worden doorgegeven. De groeiregulatie van zowel vaten, maar ook van botten, spieren kan hierdoor worden verstoord in de embryonale fase.

Direct postnataal is de grote wijnvlek op een lidmaat het meest opvallend, al dan niet in combinatie met hypertrofie. Een wijnvlek kan, indien gewenst, worden behandeld met lasertherapie. Hypertrofie blijft over het algemeen in proportie, ook tijdens de groei van een kind. Een beenlengte verschil kan op jonge leeftijd worden gecorrigeerd met een hakverhoging. In een latere fase kan correctie door middel van een orthopedische of interventieradiologische procedure plaatsvinden.

Een scala aan vaatafwijkingen is beschreven. Een persisterende vena marginalis lateralis is een vrij typisch kenmerk. Het diepe veneuze systeem lijkt bij een deel van de patiënten onvoldoende te zijn aangelegd, waardoor het oppervlakkige systeem belangrijker is met betrekking tot de hemodynamiek. Ook diep veneuze tromboses zijn vaker beschreven. Verder kunnen er ook veneuze en lymfatische malformaties aanwezig zijn, welke lokaal pijnklachten en zwellingen kunnen geven.

Voor de flebologische problematiek is compressietherapie de eerste keuze. In de loop van de kinderleeftijd kunnen toenomen venentekening en varices op gaan treden. Gemeend wordt dat varices op de jonge kleefstijd omgekeerd evenredig is met de kwaliteit van het diepe veneuze systeem. De behandeling van KTS is bij voorkeur conservatief (therapeutisch elastische kous).

Bij grote varices-problematiek of bij veneuze ulcera, ondanks adequate compressie, kan worden gekozen voor spataderbehandeling. Tevoren moet heel nauwkeurig het diep veneuze systeem in kaart worden gebracht; bij een hypoplastisch diep veneus systeem zijn de oppervlakkige venen (varices) onmisbaar voor de bloedafvoer uit het been. De literatuur geeft aan dat het effect van spataderchirurgie bij KTS sowieso vaak maar tijdelijk is.

12.00 – 12.30 "De taal van het lichaam", ziektebeleving bij allochtone patiënten?

H. Leroux, nurse practitioner longziekten

Samenvatting

Er wordt verslag gedaan van een kwalitatieve studie waarin de ziektebeleving van de eerste generatie Marokkaanse immigranten met chronische luchtwegklachten centraal staat. De doelstelling van het onderzoek was inzicht te krijgen in de rol van cultuur en achtergrond bij ziektebeleving en de mogelijke relatie tussen ziektebeleving en veranderingsbereidheid met betrekking tot de gegeven leefstijladviezen. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek met een micro-etnografische benadering. Om het perspectief van de respondenten volledig tot zijn recht te laten komen is daarbij gebruik gemaakt van diepte-interviews. De respondenten die in het onderzoek participeerden waren acht Marokkaanse mannen die eind jaren 60, begin jaren 70 naar Nederland zijn gekomen om te werken. Zij lieten hun familie en gezinnen achter in het moederland.

Er werd gevonden dat de Marokkaanse mannen over het algemeen vanuit hun gezondheidsperspectief redeneren als zij het hebben over ziek zijn. Gezondheid heeft bij hen de betekenis van het aanwezig zijn van een aantal positieve factoren zoals goed slapen, energie hebben, sterk zijn, kunnen werken. Zij praten liever over gezondheid dan over ziekte. Uit de onderzoeksresultaten komt verder naar voren dat deze Marokkaanse mannen ziekte beleven vanuit hun ervaring en

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

vanuit hun gevoel. Dit kan lichamenlijk of geestelijk voelen zijn, vaak gaat het samen. Bij dit voelen gebruiken deze mannen hun gezondheidsgevoel als uitgangswaarde. Zij kennen hun lichaam goed en van nature hebben zij uit hun moederland maar ook vanuit de Koran meegekregen wat goed voor hen is en wat zij kunnen doen om ziekte te voorkomen. Er wordt door hen onderscheid gemaakt tussen chronisch ziek zijn en echt ziek zijn. In chronische ziekte lijken zij eerder te berusten, bij echt ziek zijn rusten zij niet totdat er een verklaring is gevonden.

Ziek zijn heeft voor hen een doel en is niet zinloos; het is een test van Allah. Dat neemt niet weg dat het uitproberen van verschillende therapieën, de afleiding en het houden van hoop een positieve rol spelen in hun ziektebeleving. Geconcludeerd kan worden dat zij zich eindverantwoordelijk voelen voor hun ziekteproces en een innerlijk proces doormaken om een bewuste keuze te maken in wat goed voor hen is en wat niet. Meer kwalitatief onderzoek is nodig naar de ziektebeleving van oudere generaties binnen verschillende culturen waaronder ook de Nederlandse.

14.00 -14.30 Diuretica bij chronische wonden met oedeem. Zinvol? Bij wie? Bij wie niet?

K. Kramers, internist, klinisch farmacoloog

Oedemen ontstaan door een te hoge hydrostatische druk in het capillair, (wat vrijwel altijd het gevolg is van hoge veneuze druk), door lage oncotische druk van het bloed (het gevolg van hypoalbuminaemie bijv. door leverlijden, nefrotisch syndroom of ondervoeding), verhoogde capillaire doorlaatbaarheid voor vocht (capillary leak, bijv. bij sepsis) of verminderde lymfeafvoer.

Dat oedemen wonden kunnen onderhouden, is een voor de hand liggende gedachte, maar bewezen is dit niet. Bij veneuze insufficiëntie is compressietherapie de hoeksteen van de behandeling, waardoor de hoge veneuze drukken die ten grondslag liggen aan het ontstaan van het ulcus vermindert. Omdat de hoge veneuze druk ook de oorzaak is van het oedeem wordt het oedeem daarmee ook minder. Diuretica hebben in deze situatie een zeer beperkt effect op de veneuze druk (die is immers het gevolg van pathologische venen) en op het oedeem en hebben daarom geen plaats in de therapie. Daar komt bij dat diuretica allerlei bijwerkingen kunnen hebben (elektrolytstoornissen, lage bloeddruk, orthostase, valneiging, jicht, dehydratie, verhoogde kans op trombose, etc.) zodat behandeling vanuit de gedachte ‘baat het niet, dan schaadt het niet’ ook zeker niet op zijn plaats is. Bovendien is het zo, dat, bij mensen die diuretica gebruikt hebben, na het stoppen van deze middelen kortdurend er extra retentie van vocht is, waardoor het erg lastig is in deze situatie van de diuretica af te komen.

Er zijn een aantal terechte indicaties voor diuretica (hartfalen, levercirrose, hypoalbuminaemie nierinsufficiëntie). Bij hartfalen is de toepassing van diuretica een goede manier om de hoge veneuze druk te verlagen, wat de wondgenezing ten goede kan komen. De indicatie blijft dan overigens het hartfalen zelf en niet de wond. Bij oedemen die het gevolg zijn van capillary leak (zoals bij sepsis) wordt toepassing van diuretica afgeraden. De behandeling bestaat uit bestrijding van de oorzaak van de capillary leak. In deze situatie is er extra risico dat het gebruik van diuretica tot bloeddrukproblemen aanleiding geeft. Ook bij lymfeoedeem hebben diuretica geen plaats. Ze zullen in deze situatie nauwelijks effect hebben.

14.30 – 15.00 Farmacologie bij ulcus cruris

T.D. Wentel, dermatoloog

15.00 – 15.30 Casuïstiek

Commissie ulcus cruris

Voorgeschiedenis

29-jarige gezonde man, niet-roker.

Wondhistoriek

Oppervlakkige brandwonden ontstaan op de linker kuit tijdens tuinwerkzaamheden.

Gezien de gezonde algemene toestand van de patiënt mogen we in principe een vlotte wondgenezing verwachten.

Lokale zorgen en keuze van het verband

Initieel werd zilversulfadiazine zalf op de wond aangebracht. De behandeling waarbij de oude zalf dagelijks moest verwijderd worden, is zeer pijnlijk.

De grootte van de wond betekent een verhoogd risico op infectie.

Keuze voor Mepilex® Ag omwille van zijn pijnverminderende en antibacteriële werking.

Evolutie



19/10/2007

(dag 2)

- T** gescheurde blaren; necrose
- I** grote wondoppervlakte (22x18cm) impliceert verhoogde kans op infectie
- M** veel sereus wondvocht dat uit gescheurd blaardek lekt
- E** scherp afgelijnde wondranden

Pijn: VAS 8



19/10/2007

(dag 2 na verwijdering blaren en necrose)

Pijn: overgevoeligheid bij blaarverwijdering. Na applicatie van Mepilex® Ag uitgesproken vermindering van pijn.



22/10/2007

(dag 5)

- T** vitale wondbodem
- I** geen infectietekenen
- M** vermindering wondvocht; geen korstvorming
- E** duidelijke epithelialisatie

Pijn: VAS 2

Bij blootstelling aan de lucht en tijdens verbandwisseling: VAS 4.
Bij applicatie nieuw verband onmiddellijke pijnvermindering.



31/10/2007

(dag 14)

- T** volledige wondgenezing
- I** geen infectietekenen
- M** goed behoud van vochtig wondmilieu
- E** vlotte reëpithelialisatie; minimale littekenvorming; verwachte depigmentatie; nazorg d.m.v. goede hydratatie

Pijn: enkel bij blootstelling aan de lucht. Lange draagtijd/weinig verbandwisselingen, dus weinig pijn.

Besluit

- ▶ Mepilex® Ag is aangewezen bij oppervlakkige tweedegraads brandwonden met een verhoogd risico op infectie. Gezien de hevige pijn en de grote wondoppervlakte werd gekozen voor het antibacteriële verband Mepilex® Ag. Gedurende het genezingsproces zijn geen infectietekenen vastgesteld.
- ▶ Het verband absorbeert goed het wondvocht en kan meerdere dagen ter plaatse blijven.
- ▶ Het Mepilex® Ag verband is eenvoudig aan te brengen en te verwijderen.
- ▶ Deze behandeling is veel minder pijnlijk dan de oorspronkelijke behandeling met zilversulfadiazine.

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

09.30 – 10.00	Autonome neuropathie, droge stof	B. Pagrach, diabetes verpleegkundige, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
10.00 – 10.30	De zoete wondgenezing	C. van Bommel, diabetes verpleegkundige, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Wondbedekkers, wat kiezen we om 't vochtig te houden?	R. Mannupassa, wondconsulent, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
11.30 – 12.00	Bewoners met een diabetische voet in een verpleeghuis	Dr. C. Nieuwenhoff, verpleeghuisarts, Avoord zorg & wonen, Etten Leur
12.00 – 12.30	Therapietrouw bij patiënten met een diabetische voet	E. Lenselink, wondconsulent, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	De hygiëne bij patiënten met een diabetische voet	E. Bibollet-Ruche, wondconsulent Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam V. Oostendorp, decubitus- en wondconsulent, Amphia Ziekenhuis, Breda
14.30 – 15.30	Casuïstiek bespreking over de patiënt met een diabetische voet	R Ottens, podotherapeut, Nijmegen L. Muskita, gipsverbandmeester, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht M.van der Vlugt, verpleegkundig specialist wondzorg, Diaconessenhuis, Leiden
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30- 10.00 Autonome neuropathie, droge stof

B. Pagrach, diabetes verpleegkundige

Door autonome neuropathie reageren de bloedvaten minder adequaat. Het gevolg is dat hierdoor de huid minder goed wordt voorzien van zuurstof en voedingsstoffen.

Wat zijn de consequenties voor de voet van deze afnemende functie?

Wordt deze complicatie van neuropathie bij de diabetische voet onderschat door de professional?

En wat zijn de gevolgen als er zelfs een combinatie is van autonome en motorische neuropathie? In de presentatie zal de autonome neuropathie verder worden behandeld. Autonome neuropathie is zeker geen droge stof.

10.00 – 10.30 De zoete wondgenezing

C. van Bommer, diabetesverpleegkundige

11.00 – 11.30 Wondbedekkers, wat kiezen we om 't vochtig te houden?

R. Mannupassa, wondconsulent

11.30 – 12.00 Bewoners met een diabetische voet in een verpleeghuis

C. Nieuwenhoff, verpleeghuisarts

Diabetische voet in het verpleeghuis; wat (nog) te doen?

In Nederland zijn ongeveer 330 verpleeghuizen, waar specialisten ouderengeneeskunde de medische zorg verlenen. Deze artsen zijn gespecialiseerd in de zorg aan chronisch zieke en kwetsbare - veelal oudere - patiënten die door psychische en/of lichamelijke oorzaken niet meer voor zichzelf kunnen zorgen of de regie over hun eigen leven zijn kwijt-

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

geraakt. Ook aan patiënten op verpleeghuisafdelingen van verzorgingshuizen en in extramurale voorzieningen verlenen specialisten ouderengeneeskunde deze zorg. Het gaat daarbij om ongeveer 70.000 patiënten waarvan bekend is dat ongeveer 30% aan diabetes mellitus lijdt. In het verpleeghuis hebben we daardoor veel met diabetes te maken, zowel met het regelen van de bloedglucose als met het behandelen en voorkomen van de complicaties.

Echter, diagnostiek en behandeling bij kwetsbare ouderen kent vaak een andere insteek; zo kan kwaliteit van leven door de oudere belangrijker geacht worden dan een maximaal mogelijke behandeling van ziekte zoals bijvoorbeeld diabetes. Het voorkomen van lange termijn complicaties kan daardoor ondergeschikt raken aan het behoud van zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Officiële richtlijnen voor de te volgen behandelstrategie bij diabetespatiënten in het verpleeghuis zijn nog in ontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek naar deze groep mensen is er nog mondjesmaat. Dit betekent echter niet dat er in het verpleeghuis geen aandacht besteed wordt aan diabetes en het voorkomen van complicaties.

Integendeel; een beschrijving van multidisciplinaire diabeteszorg in het verpleeghuis.

12.00 – 12.30 Therapietrouw bij patiënten met een diabetische voet

E. Lenselink, wondconsulent

4% van de Nederlandse bevolking heeft diabetes. 20% van deze groep heeft polyneuropathie en heeft daardoor verhoogd risico op het ontwikkelen van voetwonden. Voetwonden ontstaan door neuropathie, voettrauma en voetdeformaties. Wanneer er een voetwond is, bestaat er groot risico op vertraagde wondgenezing, infectie, botontsteking en amputatie.

Compliance wordt in het Nederlands vertaald met terapietrouw; d.w.z. de patiënt volgt de voorgeschreven behandeling. Er bestaan verschillende niveaus van compliance

Noncompliance komt onder mensen met een chronische ziekte veel voor, 30-50%. Ten aanzien van voetzorg is 30-40% compliant en ten aanzien van het dragen van geadviseerd schoeisel 20-40%. Noncompliance leidt tot vertraagde wondgenezing, het ontstaan van nieuwe wonden, infectie en amputatie en verminderde kwaliteit van leven.

Oorzaken zijn divers en kunnen zowel een lichamelijke, psychische of sociale oorsprong hebben. Lichamelijk: de patiënt voelt letterlijk het probleem niet. Door langdurige hyperglycemie ontstaan cognitieve afwijkingen. Verhoogde kans op depressie en dementie met als gevolg slechte zelfzorg. Psychologisch: de patiënt heeft zijn eigen ideeën over wat goed voor hem is en dat komt niet altijd overeen met de adviezen van de hulpverlener. Psychosociaal: de directe omgeving, culturele en sociaal economische achtergrond zijn van grote invloed op de compliance.

Het aanbieden van kennis over voetzorg leidt niet tot meer compliance. Wanneer het programma uitgebreid wordt met psychosociale interventies, cognitieve motivatie therapie en langdurige herhaling, leidt dit tot betere compliance.

Educatie moet worden afgestemd op de individuele patiënt. Ook de omgeving van de patiënt moet geschoold worden.

Barrières ten opzichte van compliance kunnen worden verminderd door actieve coping strategieën.

Empathie van de hulpverlener leidt tot betere compliance.

Het health believe model en het common sense model bieden handvatten voor het voorspellen van compliance. Zo kan men onderzoeken op welk punt de compliance een probleem gaat geven en zo gerichte interventies toepassen om dat te verbeteren. Cognitieve gedragstherapieën leiden tot goed zelfmanagement van de patiënt. Ten aanzien van schoeisel zijn uiterlijk en comfort de grootste verbeterpunten die moeten worden nagestreefd.

Onderzoeksvoorstel: Nader toe te lichten tijdens de presentatie.

14.00 – 14.30 De hygiëne bij patiënten met een diabetische voet

E. Bibollet-Ruche, wondconsulent

Patiënt met diabetische voet komt voor bij iedere soort instellingen: ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis, revalidatie centrum.

Diabetische voet kan dramatische uitkomst hebben zoals amputatie. De kwaliteit van de wondzorg moet dus optimaal zijn om de wondgenezing te bevorderen. De factoren die de wondgenezing vertragen moeten aangepakt worden. Eén van de factoren is een onbalans van micro-organismen die kan wondinfectie, kritische kolonisatie of biofilm veroorzaken (Falanga 2000).

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

De zorgverlener moet dus weten infectie te bestrijden en infectie te voorkomen.

Maar wat betekent dat concreet voor een patiënt met een diabetische voet? Moet de zorgverlener steriele wondzorg geven terwijl een wond nooit steriel is? Welke hygiënische maatregelen tijdens de wondverzorging moeten wij als zorgverlener nemen? Zijn zij anders in een thuiszorg dan in een ziekenhuis?

Tijdens deze interactieve presentatie willen wij concreet vragen beantwoorden aan de hand van wetenschappelijke bewijs.

14.30 – 15.30 Casuïstiek bespreking over de patiënt met een diabetische voet

R. Ottens, podotherapeut, L. Muskita, gipsverbandmeester, M. van der Vlugt, verpleegkundig specialist wondzorg



Al ruim 50 jaar betrouwbaar.

 **Systagenix**

WOUND MANAGEMENT

de nieuwe naam in wondzorg



Systagenix
Jonkerbosplein 52
Postbus 6728,
6503 GE NIJMEGEN
Tel.: +31 24 35 29 691
www.systagenix.nl

TIELLE

SILVERST
Hydro-Alginate

PRISMA

ACTISORB
SILVER
220

ALANTERAL
TRIONIC*

INADINE
Positione iodine non-Adherent Dressing

NU-GEL
Hydrogel with Ag+ ions

PROMOGRAN
PROFAS-INDOLESCENS-KATIX

ADAPTIC

BIOCLOSIVE NU-DERM*

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 211

09.30 – 09.50	Vocht en brandwonden	Y. Verweij, diëtiste Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
09.50 – 10.10	Wond- en watermanagement	Drs. S. Scholte, arts Brandwondencentrum Martini Ziekenhuis, Groningen
10.10 – 10.30	Hygiëne bij brandwonden	M.L. van der Most, adviseur infectiepreventie Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.20	Alleen als ie ijs en ijskoud is: wonden door bevriezing	J.J. Prudhomme van Reine, IC-verpleegkundige Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
11.20 – 11.40	Pijn bij brandwonden	Drs. A. de Jong, verpleegkundig onderzoeker Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
11.40 – 12.00	Sucrose bij kinderen	M. Visker, kinder- neonatologie-verpleegkundige Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
12.00 – 12.20	Kindermishandeling en brandwonden	Drs. M. van de Merwe, vertrouwensarts inzake kindermishandeling AMK Zuid-Holland
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.20	Necrotiserende fasciitis	Drs. van de Wal, chirurg Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
14.20 – 14.40	Litteken behandeling met siliconen	Dr. P.M. van Zuylen, plastisch chirurg Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
14.40 – 15.00	Versajet bij brandwonden behandeling	Drs. S. Scholte, arts Brandwondencentrum Martini Ziekenhuis, Groningen
15.00 – 15.20	Lasertherapie bij brandwonden	Dr. P.M. van Zuylen, plastisch chirurg Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 09.50 Vocht en brandwonden

Y. Verweij, diëtiste

Vocht speelt bij brandwonden een grote rol; de huid is door brandwonden beschadigd en kan z'n functie als beschermer tegen invloeden van buitenaf niet naar behoren uitoefenen. Er zijn veranderingen in het metabolisme, waarbij eiwitverlies op de voorgrond staat.

De verhoogde eiwit- en vochtbehoefte zijn terug te vinden in de aanbevelingen. Aan de hand van een casus wordt de vocht- en eiwitbehoefte besproken en worden praktische toepassingen gegeven.

09.50 – 10.10 Wond- en watermanagement

S. Scholte, arts

10.10 – 10.30 Hygiëne bij brandwonden

M.L. van der Most, adviseur infectiepreventie

Het is water en vuur.

(Van Dale: „ze zijn vijanden van elkaar.....”)

De relatie tussen een brandwondenpatiënt en water uit oogpunt van infectiepreventie

Hoe is de relatie tussen een brandwondenpatiënt en water? Het antwoord op deze vraag kan bepalend zijn of en hoe

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 211

een brandwond behandeld dient te worden, of een ziekenhuisbezoek of mogelijk zelfs een opname in een brandwondencentrum zal volgen. Kortom een onderzoek naar deze relatie geeft antwoord op de volgende vraag: is het water een **vriend** of een **vijand** van een brandwondenpatiënt?

Het eerste deel van het onderzoek richt zich op de wijze waarop een brandwond ontstaat. Bij een vuurverbranding is het logisch dat men zo snel als mogelijk begint met blussen en koelen van de wonden met water. Hoe eerder men hiermee begint, hoe minder schade de verbranding uiteindelijk zal aanrichten. Hoe het water eruit ziet is niet belangrijk, zelfs vuil slootwater is beter dan niets. Men mag in dit geval concluderen dat het water als een **vriend** meehelpt de schade te beperken.

Anders is het met een heetwaterverbranding (denk hierbij ook aan thee, koffie en hete soep). Hoewel de brandwond ook direct gekoeld dient te worden, gelijk een vuurverbranding, zal men het hete water zien als een **vijand**. Uit oogpunt van infectiepreventie is voldoende koelen met water de belangrijkste factor, aangezien hoe minder schade de verbranding aanricht, hoe korter het verblijf in een ziekenhuis en hoe minder kans op een ziekenhuisinfectie.

Patiënten met uitgebreide brandwonden maken een aantal zeer complexe ziektebeelden door. Het eerste risicomoment vindt plaats direct na het ongeval. Het corrigeren van de circulatiestoornissen en het eventueel behandelen van de ademhalingsproblemen zijn op dat moment een prioriteit.

Eenmaal opgenomen, doorloopt de patiënt een tweede risicovolle periode. Door de verbranding is de huid veranderd in een necrotische, eiwitrijke massa, die een goede voedingsbodem vormt voor allerlei bacteriën. Tevens treedt er bij ernstige verbrandingen een sterke remming op van het immuunsysteem, waardoor de patiënt zeer vatbaar wordt voor infecties. In het Rotterdamse brandwondencentrum zijn uit oogpunt van infectiepreventie allerlei voorzieningen aangebracht om het risico van kruisinfecties zo minimaal mogelijk te houden.

De brandwondenpatiënt ondergaat tijdens de opname vaak zeer intensieve behandelingen. Zodra de patiënt niet intensive care gebonden is, kan de wondverzorging plaatsvinden in één van de badkamers van het brandwondencentrum. Tijdens de badbehandelingen kunnen verbanden gemakkelijker worden losgeweekt, verbrande huid verwijderd en wonden worden gespoeld. Hoewel sommige onderdelen van de wondverzorging heel pijnlijk zijn, heeft een badbehandeling een verzachtende en ontspannende uitwerking. Het water mag in deze periode zeker als **vriend** beschouwd worden.

Toch vermoemt het visueel schone badwater zich als een wolf in schaapskleren. Wat voor de opname niet speelde met het mogelijk verontreinigde koelwater, speelt wel een rol tijdens de opname met het visueel schone badwater. Het badwater kan namelijk besmet zijn met allerlei bacteriën, waardoor de brandwondenpatiënt een ziekenhuisinfectie kan oplopen. Het wondherstel kan hierdoor ernstig worden belemmerd en de opnameduur verlengd. Het schone badwater kan dus ook een geduchte **vijand** zijn van de brandwondenpatiënt. Uit oogpunt van infectiepreventie zijn badbehandelingen daarom omgeven door specifieke maatregelen betreffende reiniging en desinfectie om kruisinfecties te voorkomen.

De relatie van een brandwondenpatiënt met water kan dus zowel vriendschappelijk als vijandig zijn. Maatregelen uit oogpunt van infectiepreventie dragen bij om de vriendschappelijke banden te verstevigen.

11.00 – 11.20 "Alleen als ie ijs en ijskoud is"; wonden door bevriezing

J.J. Prudhomme van Reine, IC-verpleegkundige

Wonden die ontstaan zijn door bevriezing komen in Nederland weinig voor. Door beoefening van berg- en wintersport ziet men ze steeds meer. Dit jaar presenteerden zich 4 mensen op het brandwondencentrum met bevriezingswonden. De ernst van deze wonden maakte het noodzakelijk dat 3 van hen moesten worden opgenomen voor wondbehandeling.

De wonden ontstaan doordat het water in de cellen bevriest. De ijskristallen die ontstaan worden steeds groter, de cellen drogen uit en gaan kapot. Indien er opwarming plaatsvindt, ontstaan er blaren en weefselversterf. Men moet rekening houden met ontstaan van het compartimentsyndroom en nierschade.

Net als bij brandwonden wordt onderscheid gemaakt in 1^{ste}, 2^{de}, 3^{de} en 4^{de} graads wonden.

Het doel van de behandeling richt zich op infectiepreventie, herstel en behoud van het aangedane lichaamsdeel.

Een patiënt waarbij opname op het brandwondencentrum noodzakelijk was, was bekend met BIID: Body Integrity

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 211

Identity Disorder, ofwel het verlangen naar een amputatie van een gezond lichaamsdeel. Deze patiënt had zijn been 8 uur lang in droog ijs gelegd van -79°C , met als gevolg 2^{de}, 3^{de} en 4^{de} graads wonden.

Wat zijn de verschijnselen van deze wonden? Wat is de behandeling? Hoe verloopt de genezing en wat is het resultaat?

11.20 – 11.40 Pijn bij brandwonden

Alette de Jong, Martin Baartmans, Marco Bremer, Rob van Komen, Esther Middelkoop, Wim Tuinebreijer, Nancy van Loey

Pijnmeting leidt tot verbetering van pijnbehandeling en is een voorwaarde om toekomstig onderzoek naar de evaluatie van pijninterventies uit te kunnen voeren. Pijnmeting bij jonge kinderen gebeurt bij voorkeur met een pijngedrag observatie instrument. Er is echter nog geen onderzoek beschikbaar dat de psychometrische eigenschappen van dergelijke instrumenten documenteert bij jonge kinderen met brandwonden. Het doel van deze studie was te onderzoeken of de Pijn Observatie Schaal voor Jonge Kinderen (POKIS), de COMFORT Schaal (COMFORT) en de Visueel Analoge Schaal (VAS) betrouwbare, valide en bruikbare schalen zijn om achtergrond en procedurele pijn te meten bij kinderen met brandwonden van 0 tot 5 jaar.

Brandwondverpleegkundigen werkzaam in de Nederlandse Brandwondencentra voerden gepaarde observaties uit bij 154 opgenomen kinderen gedurende de wondverzorging en rustperiodes. Kinderen die aan de inclusiecriteria voldeden werden geobserveerd met behulp van POKIS, COMFORT en VAS, drie keer per dag op van tevoren vastgestelde tijdstippen, door twee verpleegkundigen. Een bruikbaarheidsvragenlijst werd ontwikkeld om de klinische toepasbaarheid van de schalen te kunnen evalueren.

In totaal werden 1954 gepaarde observaties uitgevoerd. Intraclass Correlatie Coëfficiënten voor POKIS (ICC) waren .75 voor achtergrond pijn en .81 voor procedurele pijn. Cronbach's alfa was .87 voor achtergrond en .89 voor procedurele pijn. COMFORT observaties leverde een ICC van .83 voor achtergrond pijn op en .82 voor procedurele pijn, Cronbach's alfa was .77 voor achtergrond en .86 voor procedurele pijn. De VAS resulteerde in een ICC van .55 voor achtergrond pijn en .60 voor procedurele pijn. Een t-test liet zien dat POKIS en COMFORT gemiddelde achtergrond pijn statistisch significant lager was dan procedurele pijn ($p < .001$). POKIS en COMFORT bleken een zelfde Standardized Response Mean van 1.04 te hebben. Verpleegkundigen vonden de POKIS gemakkelijker en sneller in gebruik dan de COMFORT, maar de COMFORT werd accurater bevonden als pijnmeetinstrument. Verpleegkundigen hadden de indruk dat de COMFORT beter te koppelen zou zijn aan een pijnbestrijdingprotocol. De meerderheid van de verpleegkundigen (62%) sprak hun voorkeur uit voor de COMFORT.

De resultaten van deze studie suggereren dat zowel de POKIS als de COMFORT betrouwbare en valide schalen zijn voor het meten van pijn bij jonge kinderen met brandwonden en dat ze gebruikt kunnen worden in de verpleegkundige brandwondenpraktijk en in toekomstig onderzoek.

11.40 - 12.00 Het gebruik van sucrose bij kinderen met brandwonden.

Marian H.S. Visker, kinder- en neonatologie verpleegkundige

Achtergrond

Studies hebben uitgewezen dat, door het oraal geven van sucrose tegelijkertijd met zuigen op een fopspeen, de fysiologische en lichamelijke reacties op pijn bij kinderen tot 18 maanden ten gevolge van een kortdurende ingreep aanzienlijk minder zijn. Er is nog geen inzicht of sucrose effect heeft op pijnvermindering tijdens verbandwissels bij kinderen met brandwonden.

Op de kinderafdeling van het Rode Kruis Ziekenhuis verplegen wij neonaten, kinderen met verschillende ziektes en kinderen met brandwonden. Gezien de resultaten zijn we begonnen met het geven van sucrose aan neonaten met en zonder brandwonden, later aan kinderen tot 18 maanden zonder brandwonden en tenslotte aan kinderen met TVLO >10% die ketamine intramusculair kregen toegediend.

Materiaal en methode

Sinds maart 2007 krijgen neonaten en sinds mei 2007 krijgen kinderen tot 18 maanden oraal 2 cc sucrose toegediend alvorens zij een kortdurende ingreep, zoals vena puncties, hiel prikken, lumbaal puncties en intramusculaire injecties, moeten krijgen.

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 211

Op het KBWC krijgen kinderen met een TVLO > 10%, ketamine intramusculair toegediend alvorens verbanden worden verwisseld.

Resultaten

Wij, als verpleegkundigen, zijn tevreden met de resultaten. We zien dat deze groep kinderen nauwelijks huilt, dat zij sneller in slaap vallen en minder stress hebben. Er zijn geen neveneffecten geobserveerd. Ook de kinderen met brandwonden reageren minder pijnlijk op de intramusculaire injectie. Tijdens de presentatie zal ik het effect van sucrose aan de hand van de scores van de gebruikte pijnmeetinstrumenten, aantonen.

Conclusies

Sucrose is een veelbelovend, makkelijk en goedkope non-farmacologische interventie voor het verminderen van pijn bij kortdurende ingrepen.

12.00 – 12.20 Kindermishandeling en brandwonden

M. van de Merwe, vertrouwensarts

Signalering van kindermishandeling is lastig, ook voor professionals. Er zijn veel belemmeringen om goed te kunnen signaleren. Slachtoffers lopen niet te koop met het feit dat ze worden mishandeld en ook ouders zullen niet spontaan vertellen. Schuld en schaamtegevoelens en angst voor straf spelen hierbij een rol. Kinderen zijn bovendien eendeloos loyaal naar hun ouders.

Belemmeringen bij professionals kunnen zijn ingegeven door de eigen ervaringen, maar ook organisatorische of kennisaspecten spelen een rol.

Bij patiënten met ernstige brandwonden ontstaat er langdurige hulprelatie. Er bestaat terughoudendheid om vermoedens van mishandeling te bespreken uit bezorgdheid voor het verstoren van de relatie. Uit onderzoek blijkt dat open communicatie juist vertrouwen geeft.

Om zo zorgvuldig mogelijk te kunnen handelen is kennis nodig. In de voordracht wordt ingegaan op het belang van specifieke anamnestiche vragen en van gebruik van een sputovamo checklist. Daarnaast worden een aantal kenmerken besproken op grond waarvan niet-accidentele brandwonden te onderscheiden zijn van ongevallen. Last but not least wordt ingegaan op verwaarlozing en opvoedkundige onmacht als oorzaak voor (accidentele) verbrandingen. Daardoor ontstaan meer letsels dan met opzet.

Hoe te handelen als er een niet pluis gevoel is bij een kind met een brandwond:

Een meldcode kan handvatten bieden. Doorvragen, informatie verzamelen, zorgen delen met collega's en advies vragen aan het advies- en meldpunt kindermishandeling, het AMK.

Bespreek zorgen met kind en ouders, steun het kind en beschuldig de ouders niet. Informeer hen over de vervolgstappen en het doel. Bijvoorbeeld inventarisatie van veiligheid en hulp. Mishandeling gebeurt zelden moedwillig.

Referentie: Visual diagnosis of child abuse. 3rd edition 2008 American Academy of pediatrics.

14.00 – 14.20 Necrotiserende fasciitis

Drs. Van de Wal, chirurg

14.20 – 14.40 Litteken behandeling met siliconen

P.M. van Zuylen, plastisch chirurg

Sinds 1982 wordt siliconen toegepast voor de behandeling van littekenhypertrofie.

De behandeling met siliconen wordt vrijwel over ter wereld aanbevolen en speelt een sleutelrol bij de conservatieve littekenbehandeling. Er zijn een aantal studies die de effectiviteit van de behandeling aantonen. Er zijn echter ook studies die juist geen effect kunnen laten zien van de siliconenapplicatie.

Standaard is het gebruik van siliconensheets. Recentelijk is de mogelijkheid gekomen om siliconen als gel op het littekenweefsel aan te brengen. Dit heeft met name voordelen bij de toepassing in het gelaat en op de handen. Over de werking van siliconengel bestaat nog onduidelijkheid.

Mogelijke werkingsmechanismen van siliconenbehandeling worden gerelateerd aan het effect op hydratatie, temperatuur, en zuurstofspanning.

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 211

Thans wordt geadviseerd om binnen een week na de operatie te starten. Het materiaal moet 12 - 24 uur per dag aangebracht worden en minstens 2 -3 maanden gecontinueerd worden.

14.40 – 15.00 Versajet bij brandwondenbehandeling

S. Scholte, arts

15.00 – 15.20 Lasertherapie bij brandwonden

P.M. van Zuylen, plastisch chirurg

Lasertherapie wordt steeds vaker toegepast voor de behandeling van littekenhypertrofie.

Thans wordt aangenomen dat de laser werkt doordat het hemoglobine het laserlicht absorbeert. Door de hitte ontstaat schade aan de capillairen waarna hypoxie en weefselnecrose volgt. Daarnaast ontstaat een histamine release die leidt tot een dalende fibroblastenactiviteit hetgeen indirect tot een reductie van de hypertrofie moet leiden.

Vershillende typen lasers worden gebruikt zoals de CO2 laser, de VersaPulse en de Pusled Dye Laser.

Een tot zes sessies met vier tot acht weken intervallen wordt meestal geadviseerd.

Er zijn weinig bijwerkingen bekend (in dat geval meestal purpera of pigmentstoornissen).

Meer studies zijn noodzakelijk om het beste type laser te identificeren alsook de sterkte en intensiteit waarmee behandeld moet worden.



Nieuw bij CombiCare!

Novo SkinPad®

De nieuwe generatie in wondbehandeling

Wondgenezing wordt van nature ondersteund door bio-elektrische stroom: een positieve lading in de wond en een negatieve lading in de omringende huid werkt als een natuurlijke batterij die een microampèrestroom veroorzaakt. Deze natuurlijke wondstroom is afwezig in chronische wonden.

NOVO zorgt voor een geleidelijke wederopbouw van de lichaamseigen microstroom in het wondgebied



De voordelen van CombiCare

Wondbedekkers en fixatiemateriaal in alle soorten en maten uit voorraad geleverd.

Zeer specialistische behandelingen zoals negatieve druktherapie en bio-electro stimulatie therapie

**Gratis zorgadvieslijn voor professionals
0800-6226226**



High Quality Solutions In Biological Treatment

CombiCare BV - Postbus 468 - 2800 AL Gouda - Telefoon 0800 - 622 62 26 - E-mail: info@combicare.nl

CombiCare. De natuurlijke vrijheid

www.combicare.nl

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 718

09.30 – 10.30	Als het water uit de (w)(m)ond loopt. Oorzaak, behandeling en verzorging van speekselfistels	Drs. W.W. Braunius, KNO arts oncologisch hoofd-halschirurg Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht F.W.J. Klomp, verpleegkundig specialist KNO/Kaakchirurgie, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Wondcomplicaties na liesklierdissectie	M.M. Stuiver MSc afdeling Fysiotherapie, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
11.30 – 12.00	Het hele pakket bij een lieskliertoilet	M. van Wolfswinkel-Guijt, E. de Lange, oncologieverpleegkundigen, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
12.00 – 12.30	Onderzoek: Preventieve oedeemtherapie bij patiënten die behandeld worden voor een vulvacarcinoom	M. Löwik, verpleegkundig specialist gynaecologie MANP, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	Nattende oncologische ulcera belicht vanuit de thuissituatie	L. Evers, wond- en decubitusconsulent, De Stromen Op Maat Groep, Zwijndrecht
14.30 – 15.30	Casuïstiek in groepjes. Aanbieden van "Tips en Trics"	Commissie oncologische wonden en ulcera
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 10.30 Als het water uit de (w)(m)ond loopt. Oorzaak, behandeling en verzorging van speekselfistels

W.W. Braunius, KNO-arts oncologisch hoofd-halschirurg, F.W.J. Klomp, verpleegkundig specialist KNO/Kaakchirurgie

Speekselfistels in het hoofd-halsgebied kunnen veroorzaakt worden door ziekteprocessen zoals infecties of maligniteiten, maar ontstaan meestal secundair na een operatieve behandeling in dat gebied. Met name als patiënten in een eerder stadium bestraald zijn, kunnen postoperatieve wondgenezingsstoornissen optreden met een speekselfistel als gevolg.

Speekselfistels worden dan vooral gezien na een operatie aan het strottenhoofd (larynx) of oorspeekselklier (parotis). De behandeling is meestal conservatief: goede wondverzorging en, met name, geduld lossen het probleem meestal op. Alternatieve voeding van de patiënt is dan een punt van aandacht. Indien operatieve interventie gewenst is, komt de reconstructieve (microvasculaire) chirurgie om de hoek kijken.

Aan de hand van casuïstiek worden etiologie, behandeling en verzorging met de deelnemers besproken.

11.00 – 11.30 Wondcomplicaties na liesklierdissectie

M.M. Stuiver

Het verwijderen van de oppervlakkige lymfklieren uit de lies (inguinale lymfklierdissectie), al dan niet in combinatie met het verwijderen van de diepe klieren (iliacale lymfklierdissectie), wordt verricht bij patiënten met lymfkliermetastasen van gynaecologische en urologische tumoren, of van een melanoom van de benen of buik. De klierdissectie kan worden verricht bij macroscopisch aantoonbare tumoren, of na een positieve schildwachtklier (sentinal node) procedure. Het verwijderen van de lymfklieren uit de lies gaat gepaard met een hoog risico op complicaties. De incidentie van lymfoedeem van de benen en/of de genitaal zone bedraagt tussen de 28 en 55%. Daarnaast treden er frequent wondcomplicaties op, zoals wondinfectie, wondrandnecrose, lymphocele vorming en het openvallen van de wond. Om zicht te krijgen op deze wondcomplicaties is een retrospectieve cohortstudie verricht, waarbij de frequentie van voorkomen van complicaties en risicofactoren voor het optreden van complicaties zijn onderzocht. In de lezing zullen de opzet en de resultaten van deze studie worden besproken.

11.30 – 12.00 Het hele pakket bij een lieskliertoilet

M. van Wolfswinkel-Guijt, oncologie verpleegkundige, E. de Lange, oncologieverpleegkundige

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 718

Na een liesklierdissectie ontstaat er regelmatig wondproblematiek in de vorm van o.a. wondinfectie, wondrandnecrose en seroomvorming. De ingreep wordt regelmatig verricht bij lymfkliermetastasen of verdenking hierop bij melanoom, urethracarcinoom en bij peniscarcinoom.

Geschetst wordt wat de ingreep inhoud en welke problemen daarbij te verwachten zijn. Aan de hand van wat foto's wordt de wondzorg in beeld gebracht en kunnen eventueel ervaringen uitgewisseld worden.

De presentatie biedt achtergrondinformatie en adviezen voor een effectieve wondverzorging.

De psychosociale zorg aan de patiënt wordt daarbij niet vergeten.

De doelgroep is naast verpleegkundigen van een chirurgische afdeling ook zeker medewerkers in de thuiszorg. Omdat als de patiënt vanuit het ziekenhuis ontslagen wordt, de wond meestal nog niet genezen is en de zorg extramuraal kan worden overgenomen.

12.00 – 12.30 **Onderzoek: Preventieve oedeemtherapie bij patiënten die behandeld worden voor een vulvacarcinoom**

M. Löwik, verpleegkundig specialist gynaecologie

Inleiding

De primaire behandeling voor patiënten met een vulvacarcinoom is chirurgisch. De standaardbehandeling bij laagstadium tumoren (T1-2N0M0) bestaat uit een radicale verwijdering van de tumor met meenemen van de oppervlakkige en diepe lymfklieren in de lies. Deze behandeling gaat vaak gepaard met complicaties zoals wonddehiscentie, wondinfectie, lymfocèle en lymfoedeem.

Inhoud

Tijdens deze presentatie zal het onderzoek worden toegelicht dat is gedaan naar preventieve oedeemtherapie. In deze studie is onderzocht of door het toepassen van preventieve oedeemtherapie bij patiënten die een radicale vulvectomie met lymfadenectomie ondergaan het aantal complicaties kan worden verminderd en daarmee de opnameduur kan worden verkort.

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag zijn twee groepen patiënten, die behandeld werden voor een vulvacarcinoom, met elkaar vergeleken. Bij alle patiënten is een vulvectomie gedaan en zijn de oppervlakkige en diepe liesklieren volledig verwijderd. Het onderzoek is uitgevoerd op de afdeling Gynaecologie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). De afdeling gynaecologie heeft een centrumfunctie voor de behandeling van patiënten met een gynaecologische tumor in de IKW regio. Patiënten met een vulvacarcinoom worden verwezen naar het LUMC. De interventiegroep is gevormd door de patiënten die naast de standaardbehandeling preventieve oedeemtherapie hebben gekregen. De controlegroep is gevormd door patiënten met alleen de standaardbehandeling. Onderzoeksgegevens zijn verzameld door middel van statusonderzoek.

Resultaten en conclusie

Een groep patiënten met een vulvacarcinoom die naast een radicale vulvectomie met volledige lymfadenectomie preventieve oedeemtherapie kreeg, liet een significante afname van het aantal ligdagen en lymfocèles zien ten opzichte van een historische controlegroep. Preventieve oedeemtherapie als aanvulling op de bestaande behandeling lijkt het aantal complicaties te verminderen bij patiënten die een vulvectomie met lymfadenectomie ondergaan.

14.00 – 14.30 **Nattende oncologische ulcera belicht vanuit de thuissituatie**

L. Evers, wond- en decubitusconsulent

De grootste groep cliënten met een oncologisch ulcus die je tegenkomt in de thuiszorg zijn de mensen die uitbehandeld zijn. Uit de praktijk blijkt dat de problematiek die een oncologisch ulcus met zich meebrengt, vocht- en geuroverlast in combinatie met pijn, van grote invloed is op de kwaliteit van leven van de cliënt en zijn directe omgeving. Omdat er geen 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig is vraagt dit ook veel van de mantelzorg. Essentieel is het vaststellen van een wondbeleid wat de problematiek zoveel mogelijk beperkt en wat de cliënt of de mantelzorger zo nodig ook zelf kan toepassen. Goede voorlichting mag hierbij niet ontbreken. Het risico bij het hebben van een oncologisch ulcus is, dat alle aandacht naar de wond gaat en het verwerkingsproces van de kanker op de tweede plaats kan komen.

14.30 – 15.30 **Casuïstiek in groepjes. Aanbieden van “Tips en Tricks”**

Commissie oncologische wonden en ulcera

L-Mesitran dé antibacteriële wondproducten



Deze producten zijn ontwikkeld op basis van zéér zuivere honing voor de meest optimale wondgenezing. De Mesitran-producten (zalf, gel en wondverbanden) hebben een bijzondere antibacteriële, wondreinigende werking en bevorderen het genezingsproces. Non-allergeen, zonder bijwerkingen. Wilt u ook kennismaken met de unieke Mesitran-producten? Neem dan contact op met onze Customer Service (0186) 63 44 00.



SPONSORPROGRAMMA VAN BSN MEDICAL

ZAAL 212

09.30 – 10.30	Cutimed Siltec en de hybride resultaten in de praktijk	B. von Hallern, Elbe Kliniken, Stade (Duitsland)
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 12.00	Workshop medische fotografie door professionele fotograaf	
12.00 – 12.30	Cutimed Sorbact: de eenvoudige oplossing voor geïnfecteerde wonden	B. von Hallern, Elbe Kliniken, Stade (Duitsland)
12.30 – 14.00	Pauze	

Bern von Hallern is verpleegkundige in de Elbe Kliniken in Stade (Duitsland) en een autoriteit op gebied van wondzorg en controle van wondinfectie.

Hij neemt de luisteraar op een pakkende manier mee door allerlei praktijksituaties en bespreekt wat er mis ging, waarom en wat de juiste aanpak is.

De workshop medische fotografie geeft de luisteraar houvast voor het maken van goede foto's van wonden voor bijvoorbeeld bijhouden van genezing in het dossier van de patiënt.

Hoe stel je de camera in? Waar let je op met licht, flitsen etc.? Hoe zorg je ervoor dat de wond er helemaal scherp op staat?



Mathot

een hele zorg minder
ook bij professionele wondverzorging

Samen zorgen

Mathot is een betrouwbare zorgaanbieder en een stabiele partner. Zowel voor eindgebruikers als voor voorschrijvers. Onder het motto 'Samen zorgen' is er een nauwe samenwerking met ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties ten einde kwalitatief hoogwaardige en deskundige zorg te verlenen.

Gegarandeerd de juiste wondverzorging

In samenwerking met specialisten en verpleegkundig specialisten organiseren wij scholing, coachtrajecten en bedside-teaching voor de thuiszorg. Klanten kunnen daardoor vertrouwen op voortzetting van de professionele zorg die men in het ziekenhuis ontvangt. Daarbij vindt Mathot het belangrijk dat resultaten worden teruggekoppeld van verpleegkundige naar voorschrijver.

Wondverzorging met Exsudex pomp

Professionele wondverzorging met de Exsudex pomp verzorgt Mathot in samenwerking met the Medical & Woundcare Company. Deze pomp genereert continue onderdruk in de wond waardoor drainage wordt gerealiseerd. Een bacteriefilter zorgt voor veilige scheiding van pomp en opvangfles. Gedurende de behandeling wordt de opvangfles elke drie dagen vernieuwd en worden de pomp en de wond gecontroleerd. De gehele behandeling wordt door Mathot begeleid, inclusief bedside-teaching aan de patiënt en de wijkverpleegkundigen. Dit laatse uiteraard in goed overleg met het ziekenhuis.

mathot[®]
Medische speciaalzaken sinds 1897



By Koninklijke Beschikking Hollandsche

Samen zorgen

P. Goedkoopweg 12, 2031 EL Haarlem
Telefoon 023 - 531 90 43
Fax 023 - 532 44 01
e-mail info@mathot.nl
internet www.mathot.nl

U vindt ons op standnummer 23 van het WCS congres

SPONSORPROGRAMMA VAN MEDA PHARMA

ZAAL 314

09.30 – 10.30	Overzicht aan verbandmiddelen en antiseptica: voor en nadelen	P. Blaauw, Meda Pharma, Amstelveen
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Introductie richtlijn	Nader te bepalen
11.30 – 12.30	Praktische cases	Nader te bepalen
12.30 – 14.00	Pauze	

Wondverzorging: praktisch aanbevelingen

Er is een veelvoud aan verbanden om diverse wonden te behandelen, zowel gazen als occlusieve verbanden. Daarnaast is er ook nog een groot aanbod aan antiseptica. Hierdoor is het soms moeilijk een keuze te maken en die keuze wordt ook door een ieder anders gemaakt. De verschillende verbandmiddelen en antiseptica zullen tijdens de workshop dan ook op een rij worden gezet met hun voor- en nadelen en toepassingsmogelijkheden.

Tevens bestaan er verschillende richtlijnen om de keuze tussen de diverse producten binnen de wondverzorging te sturen. Deze richtlijnen laten vaak veel keuzes open. Bovendien zijn deze richtlijnen niet (altijd) gebaseerd op bestaand evidence. Tijdens de workshop wordt een nieuwe, complete evidence-based richtlijn gepresenteerd, waarin alle aspecten van de wond meegenomen worden. Deze richtlijn is gebaseerd op de mening en ervaring van experts op het gebied van wonden in Nederland en België. Aan de hand van deze richtlijn zullen verschillende cases worden besproken, waarbij een interactieve discussie plaatsvindt.

09.30 – 10.30 Overzicht aan verbandmiddelen en antiseptica: voor- en nadelen

P. Blaauw

11.00 – 11.30 Introductie richtlijn

11.30 – 12.30 Praktische cases

MEDA

Wetenschappelijk bewezen

TEMPUR-MED, efficiënt én comfortabel



De unieke visco-elastische thermoactieve eigenschappen van TEMPUR geven een optimale drukverdeling.

Patiënten die op de TEMPUR-MED matrassen worden gelegd, krijgen dankzij hun lichaamstemperatuur en gewicht een volledige ondersteuning en genieten van een zeer hoog comfort. Aangezien de druk over het volledige lichaamsoppervlak wordt verdeeld, daalt het risico op decubitus.

Wetenschappelijk bewezen!*

*alle wetenschappelijke studies zijn verkrijgbaar op aanvraag

SPONSORPROGRAMMA VAN PAUL HARTMANN

ZAAL 311

09.30 – 10.30	<p>De diabetische voet</p> <p>In vogelvlucht algemene informatie over "De diabetische voet" de diagnose en de behandeling.</p> <p>De focus van deze sessie zal liggen op een interactief gedeelte met casussen van Dhr. Bril over de wondbehandeling, de verschillende verbanden en de mogelijkheden met deze verbanden bij de behandeling van de diabetische voet.</p>	A. Bril, gipsverbandmeester/wondconsulent, ziekenhuisgroep Twente, Almelo
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 12.30	Vervolgprogramma diabetische voet van Paul Hartmann	A. Bril, gipsverbandmeester/wondconsulent, ziekenhuisgroep Twente, Almelo
12.30 – 14.00	Pauze	

09.30 – 10.30 De diabetische voet

A. Bril, gipsverbandmeester/wondconsulent, ziekenhuisgroep Twente, Almelo

11.00 – 12.30 Vervolg programma diabetische voet

A. Bril, gipsverbandmeester/wondconsulent, ziekenhuisgroep Twente, Almelo

HARTMANN





Woundmate HydroFoam

schuimverband met ingebouwde hydrogel



Het kleurrijke onderwater design van de verpakkingen symboliseert de krachtig vochtabsorberende eigenschappen van Woundmate HydroFoam.

Steriel verband in twee versies en vijf maten:

Woundmate HydroFoam is verkrijgbaar in twee versies:

- De **STANDARD** versie; niet-klevend wondverband dat moet worden gefixeerd.
- De **BORDER** versie; wondverband omgeven door een hypoallergene acrylaat kleefrand.



BORDER
zelfklevend

STANDARD
niet-klevend

Vragen? Bel 0165 - 55 12 26,
Mail naar info@eurotec.nl
of bezoek onze website:
WWW.EUROTEC.NL

Woundmate® HydroFoam wondverband is een poly-urethaanschuim waarin een krachtig absorberende hydrogel is opgenomen. Het bevat bovendien een wondcleanser die de wond reinigt zonder het genezingsproces te vertragen. De toplaag heeft een hoge dampdoorlaatbaarheid (MVTR) en vormt toch een uitstekende barrière tegen contaminatie van buitenaf.

Het exsudaat wordt door het schuim opgenomen en door de geïntegreerde hydrogel vastgehouden. Tijdens dit proces zal het verband opzwellen en zich aan de vorm van de wond aanpassen. Kortom, vochtige wondbehandeling in optima forma! Woundmate HydroFoam wondverband is geïndiceerd voor de behandeling van zowel chronische als acute wonden, oppervlakkig of diep, in het bijzonder voor licht tot matig exsuderende wonden zoals:

- Decubituswonden (alle stadia)
- Veneuze en arteriële ulcera
- Diabetische ulcera en wonden
- Huidtransplantaties
- Eerste- en tweedegraads brandwonden
- Acute wonden
- Overige dermatologische afwijkingen

Aanvraagcoupon

Zonder postzegel opsturen naar:
EuroTec BV, Antwoordnummer 960,
4700 VB Roosendaal

Hr. / Mevr.

Functie:

Instelling:

Adres:

Postcode: Plaats:

Stuur mij a.u.b. aangekruiste Woundmate HydroFoam producten als monster.

U kunt ook monsters aanvragen via info@eurotec.nl

	Versie	Bestelcode	Maat	Verp.
<input type="checkbox"/>	Standaard	WMFS 0505	5 x 5 cm	10 stuks
<input type="checkbox"/>	Standaard	WMFS 1010	10 x 10 cm	10 stuks
<input type="checkbox"/>	Standaard	WMFS 1515	15 x 15 cm	10 stuks
<input type="checkbox"/>	Standaard	WMFS 1518	15 x 18 cm	10 stuks
<input type="checkbox"/>	Border	WMFB 0709	7 x 9 cm	10 stuks
<input type="checkbox"/>	Border	WMFB 1010	10 x 10 cm	10 stuks
<input type="checkbox"/>	Border	WMFB 1515	15 x 15 cm	10 stuks