

DE ROL VAN DE THUISZORG BIJ DE PREVENTIE EN BEHANDELING VAN DECUBITUS

M. Castelijns*

In het volgende gaat het over de verschillende aspecten van de verzorging van patiënten met decubitus in de thuissituatie. Eerst wordt kort ingegaan op de aandoening decubitus. Daarna worden enige algemene zaken, die spelen binnen de thuiszorg, besproken. Vervolgens wordt nagegaan op welke wijze de thuiszorg met decubitus te maken heeft. Het artikel wordt afgesloten met de weergave van een casus.

DECUBITUS

Decubitus is een ernstig en veel voorkomend gezondheidsprobleem en betekent voor de patiënt veelal een pijnlijke en langdurige behandeling. Decubitus geeft lichamelijk ongemak maar heeft ook in psychologisch en maatschappelijk opzicht gevolgen. Op deze wijze leidt de aandoening tot een sterke aantasting van de kwaliteit van leven. Zoals bekend mag worden verondersteld, spelen zowel externe factoren (druk en/of schuifkrachten, vochtigheid en temperatuur van de huid) als interne factoren (onder andere voedingstoestand, gestoorde weefseldoorbloeding, sensibiliteit en beweeglijkheid) een rol bij het ontstaan van decubitus. Naast druk wordt een slechte voedingstoestand gezien als tweede belangrijke factor bij het ontstaan van decubitus.

ENIGE ALGEMENE ZAKEN BINNEN DE THUISZORG

Bij het weergeven van enige algemene zaken dienen we uiteraard te onderkennen dat thuiszorgorganisaties voor wat betreft samenstelling en werkwijze onderling verschillen. De thuiszorg is op een totaal andere wijze georganiseerd dan de intra-

murale instellingen. Thuis is er niet, zoals in deze laatste, 24 uur per etmaal personeel aanwezig dat op ieder moment van de dag gegevens kan meten en verzamelen. Daardoor is de kans groter dat veranderingen in de toestand van de patiënt minder snel worden opgemerkt, waardoor ook het verpleegplan minder snel kan worden aangepast.

Hulpverleners in de thuissituatie wordt in hoge mate geconfronteerd met de sociale omgeving van de patiënt. Doordat de thuiszorg ambulante zorg biedt, komt het grootste deel van de zorg voor rekening van de mantelzorg. Vaak blijkt de partner de enige mantelzorger te zijn. De patiënt is zich er meestal van bewust dat zonder de inzet van de partner er geen thuisverblijf mogelijk is. Hulpverleners moeten daarom veel aandacht hebben voor zowel de draaglast als de draagkracht van de mantelzorg.

Bij de zorg thuis heeft de hulpverlener ook te maken met relationele problemen. Zo kan een lang verborgen conflict tijdens het ziek zijn actueel worden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer blijkt dat de partner van de patiënt eigenlijk niet

bereid is om een bijdrage te leveren aan de lichamelijke verzorging. Met name het afgelopen jaar bestaat de indruk dat de overheid de thuiszorg als "proeftuin" gebruikt om de kosten in de gezondheidszorg beheersbaar te maken.

De financiering voor hulp in de thuissituatie is de laatste tijd aan veranderingen onderhevig. In het verleden werd de zorg gegarandeerd door de jaarlijkse bijdrage in verband met het lidmaatschap. Het laatste jaar moet de AWBZ geïndiceerde patiënten naast een toegangsbijdrage per kalenderjaar een eigen bijdrage per uur betalen. De hoogte van de bijdrage is afhankelijk van het inkomen en het aantal uren dat de patiënt hulp ontvangt. Deze wettelijke maatregel heeft dus financiële gevolgen voor de patiënt. In plaats van de professionele normen van de hulpverlener en de zorgbehoefte van de patiënt, wordt de inhoud van de zorg nu bepaald door de financiële mogelijkheden van de patiënt. Nu hij zorg moet "inkopen", zijn er situaties denkbaar, waarin hij zich beperkt tot het hoogste noodzakelijke. Het gevolg kan zijn dat belangrijke preventieve aspecten van de zorg minder aandacht krijgen. De belangrijkste groepen die hulp van de thuiszorg ontvangen zijn chronisch zieken, ouderen en terminale zieken. Deze patiëntencategorieën hebben méér zorg en aandacht nodig dan alleen het zo effectief en efficiënt mogelijk uitvoeren van geïndiceerde handelingen. Hier geldt dat wanneer er op preventieve maatregelen zoals voorlichting, advisering, begeleiding en instructie wordt bezuinigd, dit grote gevolgen heeft voor de kwaliteit van zorg. In het verleden verrichtte de wijk-



verpleegkundige de intake en stelde in overleg met de patiënt en/of mantelzorg de aard en frequentie van de hulp vast. Dit belangrijke onderdeel van het totale verpleegkundig proces vormde de basis van het verpleegkundig handelen. Dit jaar zal de indicatiestelling voor AWBZ geïndiceerde patiënten in handen komen van de gemeenten. Medewerkers van onafhankelijke Regionale Indicatie Organen, de zogenaamde RIO's, worden belast met het verrichten van een objectieve indicatiestelling voor verzorging en verpleging. Deze losgekoppelde indicatiestelling levert echter een knelpunt op. Immers, indicatiestelling is een momentopname. Hoe verder de indicatiesteller van de patiënt afstaat, hoe minder hij zicht heeft op zich wijzigende zorgbehoeften van de patiënt. Het gevolg is dat bijstelling van indicatie moeizamer zal verlopen dan wanneer deze in handen is van dichterbij de patiënt staande hulpverleners, zoals wijkverpleegkundigen.

Momenteel zijn de meeste thuiszorgorganisaties gefuseerd met instellingen voor gezinszorg. Door indicatie wordt aan de hand van de aard en de complexiteit van de hulpvraag bepaald, welk functieniveau wordt ingezet bij de patiënt. Bij ouderen en chronisch zieken met een minder complex ziektebeeld wordt vaker een laag functieniveau ingezet. Hierdoor is de kans groot dat symptomen, waarvan de herkenning specifieke deskundigheid veronderstelt, niet tijdig gesignaleerd worden.

PREVENTIE EN BEHANDELING VAN DECUBITUS IN DE THUISZORG

Door toename van het aantal chronisch zieken en van incidentie en prevalentie van maligne aandoeningen alsmede de (dubbele) vergrijzing worden de groepen, waarin decubitus frequent voorkomt, groter. Gevolg is dat in de thuiszorg verpleegkundigen en verzorgenden in hun dagelijkse praktijk steeds vaker geconfronteerd worden met hulpvragen op het gebied van decubitus bij chronisch zieken, ouderen en terminale patiënten. Ook omdat patiënten eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen en er medisch-technisch

steeds meer mogelijk is in de thuiszorg, neemt zowel het aantal patiënten als hun zorgzwaarte toe.

De zorg voor decubitus kan uit meerdere onderdelen bestaan, waarbij we een onderscheid kunnen maken tussen preventieve en curatieve maatregelen. Tot de eerste behoren ondermeer voorlichting aan de patiënt en mantelzorg over de aandoening decubitus, hygiëne, voeding, medicijngebruik, bewegen en hulpmiddelen.

Een aantal hulpmiddelen, zoals bedden, oplegmatrassen, stoelkussens en rolstoelen wordt ook daadwerkelijk in bruikleen gegeven door de thuiszorg.

De door de hulpverlener te gebruiken risicolijst behoort eveneens tot deze maatregelen. De beoordeling van het risico op decubitus vormt immers een fundamenteel onderdeel van de preventie.

Van de curatieve maatregelen noemen we: de hierboven beschreven voorlichting, de inzet van specifieke hulpmiddelen

(bedden/matrassen/stoelkussens/rolstoelen/schoenen) en wondverzorging volgens aanwezige richtlijnen. De meeste thuiszorgorganisaties baseren de inhoud van hun standaardverpleegplannen en protocollen op de aanbevelingen uit de Herziening Consensus Decubitus (Bakker, 1992).

Belangrijk is om vast te stellen dat tijdens behandeling de preventieve aanbevelingen van kracht dienen te blijven.

In verband met het verkrijgen van hulpmiddelen in geval van decubitus is het volgende van belang. Volgens de AWBZ richtlijnen behoort de thuiszorg te voorzien in de uitleen van eenvoudige preventieve anti-decubitus matrassen zoals een lucht- of een vezeloplegmatrasje. Voor curatieve systemen kan géén beroep worden gedaan op het basispakket AWBZ-uitleen. Ten behoeve van patiënten, die in slechte conditie verkeren en daardoor een extra verhoogd risico hebben om decubitus te ontwikkelen of dit reeds hebben, wordt de zorgverzekeraar van de patiënt aangesproken. Grote thuiszorgorganisaties hebben te maken

met wel 10 of meer verschillende zorgverzekeraars, die ieder op hun beurt weer andere afspraken c.q. andere procedures hanteren bij de inzet van anti-decubitus matrassen en stoelkussens.

Terwijl bij de ene zorgverzekeraar de aanvraag snel en adequaat wordt afgehandeld, brengt de aanvraag bij de andere zorgverzekeraar lange levertijden van zelfs enkele weken met zich mee!

Een hulpmiddel dat bijzondere aandacht vraagt is de rolstoel. Veel mensen, aan wie in de thuissituatie zorg wordt verleend, zijn daarop aangevoelen.

Voor de ondersteuning van het lichaamsgewicht is een goede afstelling van de rolstoel essentieel. Het valt hulpverleners van de thuiszorg op dat een groot aantal patiënten onvoldoende ondersteund wordt aan de schouders en het hoofd. Om decubitus te voorkomen moeten wrijf/schuifkrachten zoveel mogelijk beperkt worden. Dit kan worden bereikt als zowel de rugleuning als de zitting kunnen kantelen. De ervaring leert dat bij patiënten thuis maar weinig rolstoelen zijn die aan deze eis voldoen. Voorts is het van belang om er rekening mee te houden dat dezelfde rolstoel vaak jaren door de patiënt gebruikt wordt. Immers, het lichaam van de patiënt verandert in de loop der tijd door toe- of afname van het lichaamsgewicht en het inzakken van de wervelkolom. Het kan daarom noodzakelijk zijn dat de rolstoel aangepast moet worden aan de veranderingen van het lichaam. Bij de evaluatie van het beleid zal dus ook de rolstoel bekeken moeten worden. Dit geldt uiteraard voor alle van invloed zijnde factoren. Bij de preventie van decubitus is het belangrijk dat iedere verandering in de situatie van de patiënt in het huidige beleid geëvalueerd wordt.

Nog een belangrijk hulpmiddel is de aangepaste verbandschoen/laars. Patiënten met decubitus aan de voet krijgen deze vanuit de instelling mee naar huis. De praktijk leert dat negen van de tien patiënten de schoen onder de bank zetten. Dit

komt enerzijds omdat de aangepaste verbandschoen de eerste tijd als te pijnlijk wordt ervaren aan de voet, anderzijds wordt nogal eens vergeten te kijken naar de schoen of pantoffel die de patiënt gewoonlijk draagt aan de gezonde voet. Hier is de slogan: "op een slof en een nieuwe verband-schoen zult u de patiënt zeker geen plezier doen" van toepassing! Patiënten dragen meestal wel de verbandschoenen die via de winkels die orthopedische hulpmiddelen verkopen. Deze verbandschoenen worden door de meeste zorgverzekeraars vergoed via een machtiging van de huisarts.

Ten aanzien van de voeding nog de volgende opmerkingen. Indien er een decubituswond is ontstaan, zal de energie- en eiwitbehoefte van de patiënt vele malen hoger zijn. In de thuiszorg dienen voedingsadviezen niet zomaar gegeven te worden maar gebaseerd te zijn op een voedingsanamnese. Het is overigens niet gunstig om als verpleegkundige zelf voedingssupplementen te gaan adviseren. Een diëtist is als geen ander in staat om op basis van de medische en verpleegkundige gegevens de energie- en eiwitbehoefte te berekenen. Op deze manier wordt voorkomen dat de patiënt voedingsstoffen in een onevenwichtige verhouding krijgt toegediend.

De diëtist zal samen met de patiënt en mantelzorg overleggen welke voeding de patiënt lekker vindt en op welke wijze eventuele voedingssupplementen moeten worden toegevoegd. Bij veel gebruik van voedingssupplementen bestaat de kans dat de patiënt geen trek meer heeft in de normale voeding. Ook het afwegen of aanlengen van supplementen zoals poeder ervaren sommigen als lastig. De aanbevolen en voorgeschreven voeding wordt in lang niet alle gevallen vergoed door de zorgverzekeraar.

Tenslotte wordt gewezen op de invloed van de weersgesteldheid op (decubitus)wonden. Bij zeer warm weer verandert de lichamelijke toestand van de patiënt. Zij hebben dan de neiging om minder te eten en te drinken, transpireren daarnaast

meer en bewegen minder. De ervaring leert dat de frequentie van verbandwisselingen alsmede de keuze van het verbandmateriaal in deze periode moeten worden aangepast.

CASUÏSTIEK

Anamnese

Meneer, 81 jaar oud, heeft al 20 jaar MS en is rolstoelafhankelijk. Ten gevolge van de ziekte MS heeft hij geen controle meer over blaas en darmen. Daarnaast heeft hij diabetes en hart- en longklachten.

Vier jaar geleden is meneer in verband met een flinke decubituswond aan de stuit 7 maanden opgenomen geweest, eerst in het ziekenhuis en later in de revalidatiekliniek.

Het afgelopen jaar is meneer lichamenlijk achteruit gegaan. Naast gewichtsverlies zijn er in het bloed ernstige afwijkingen gevonden. De echtgenote verzorgt hem al jaren zonder professionele hulp. De laatste tijd krijgt ze wel regelmatig hulp van de kinderen bij het in- en uit bed helpen van haar man. Een half jaar geleden vertelt mevrouw de huisarts dat meneer een open plekje heeft aan de stuit. De huisarts geeft mevrouw enkele adviezen met betrekking tot de huidverzorging. Tijdens de daaropvolgende huisbezoeken vraagt ze aan de huisarts of deze ook eens naar de inmiddels ontstane stuitwond wil kijken. Op een gegeven moment krijgt mevrouw het advies om contact op te nemen met de thuiszorg.

De wijkverpleegkundige/zorgcoördinator schrikt enorm als ze de wond ziet en schakelt direct de verpleegkundig specialist "huiddefecten" in. Het wond-voortgangsrapportage formulier levert de volgende gegevens op:

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| <i>decubituswond/stadia</i> | 4 |
| <i>lengte wond</i> | 8,2 cm |
| <i>breedte wond</i> | 7,4 cm |
| <i>diepte wond</i> | 0,2 cm |
| <i>kleur (WCS classificatie)</i> | 90% zwart +10% geel |

aspect van de wondranden

gezwollen, verweekt en ondermijnd
omgeving van de wond
ernstig verstoord in verband met een schimmelinfectie

geur

min of meer afwijkend

vochttransport

matig

Wondbeleid (doelstelling, interventie en evaluatie)

Het beleid bestaat uit vooraf geformuleerde doelstellingen, die in de loop van de uitvoering van de interventie op grond van evaluaties bijgesteld worden.

De zorgcoördinator en verpleegkundig specialist stellen samen de inhoud van de interventie vast.

- De huisarts wordt op de hoogte gesteld van de ernst van de decubitus. Er wordt een afspraak gemaakt om de volgende dag necrotectomie te verrichten en met elkaar het beleid verder af te spreken.
- Op advies van de verpleegkundig specialist wordt met spoed een speciale anti-decubitus-matras en -stoelkussen via machtiging van de huisarts bij de zorgverzekeraar aangevraagd.
- De zorgcoördinator neemt dezelfde dag een voedingsanamnese af en maakt daarna een afspraak met de diëtist van de thuiszorg bij het echtpaar.
- De zorgcoördinator registreert tenminste éénmaal per week op het rapportageformulier de belangrijkste verschijnselen van de wond. Hierdoor wordt de wijze waarop de wond zich ontwikkelt in samenhang met het beleid duidelijk. Deze werkwijze levert overdraagbare gegevens op.
- Aan de hand van deze rapportage wordt wekelijks het effect van het wondbeleid met de zorgcoördinator, huisarts en verpleegkundig specialist geëvalueerd.

De in eerste instantie geformuleerde doelstellingen ten aanzien van het wondbeleid luiden als volgt:

- eventuele uitbreiding van infectie voorkomen
- zoveel mogelijk necrose verwijderen
- achtergebleven necrose actief losmaken/afbreken
- vochtproductie reguleren
- verweking van wondranden vermijden
- schimmelinfectie behandelen

Nadat de huisarts de volgende dag

zoveel mogelijk necrotisch weefsel uit de wond heeft verwijderd, wordt het volgende beslist.

- Wondverzorging; drie maal daags
- het eerste onderdeel van de wondverzorging bestaat altijd uit wondreiniging. De wond spoelen met NaCl 0,9 %
 - wond losjes tamponeren met vochtige gazen met een reinigende vloeistof
 - wondranden beschermen met een huidbeschermend produkt
 - omringende schimmelinfectie behandelen met een anti-mycotica (crème)
 - wond afdekken met een absorberend verband
 - verband fixeren door middel van een netbroekje

Zoals gemeld wordt tijdens de interventie het beleid wekelijks geëvalueerd en op grond daarvan bijgesteld. Een aantal episodes wordt hieronder omschreven en ook aan de hand van dia's duidelijk gemaakt.

Eerste week (dia 1)

Evaluatie met de zorgcoördinator, huisarts, verpleegkundig specialist en het echtpaar (zie wondvoortgangsrapportage formulier). WCS classificatie: 30 % geel en 70 % rood. In plaats van vochtige gazen met een reinigende vloeistof te gebruiken wordt de wond nu losjes getamponneerd met vette gazen waarop een enzymatische-oplossende zalf is aangebracht.

Omdat meneer incontinent is van faeces, wordt geprobeerd het verband te fixeren met een wondfolie opdat er minder verbandwisselingen kunnen plaatsvinden. Dit lukt niet omdat de omringende huid nog te onrustig is. Het verband wordt dus weer op zijn plaats gehouden door een netbroekje. De wond wordt drie maal daags verzorgd.

Vijfde week (dia 2)

Evaluatie (zie wondvoortgangsrapportage formulier). WCS classificatie: 10 % geel en 90 % rood. De wond is kleiner, minder diep en schoner. De omringende huid is nog onrustig. De wond produceert in deze fase veel vocht zodat de wond nu wordt opgevuld met een alginaat in koordvorm. Onder gunstige



omstandigheden kan dit verband meerdere dagen in de wond blijven zitten. Niet alleen de mate van exsudaat bepaalt of het alginaat vaker moet worden verwisseld, ook het regelmatig incontinent zijn van faeces is hierbij van invloed. Er is de afgelopen week geprobeerd of een dun hydrocolloïd als afdekkend verband zou kunnen worden gebruikt. Dit geeft geen goede resultaten, dus wordt het absorberend verband weer gefixeerd met een netbroekje. Verder wordt afgesproken dat, indien zich tussentijds geen complicaties voordoen, meneer met Kerstmis na twee maanden "bedarrest" weer korte tijd in de rolstoel mag zitten. De rolstoel is voorzien van een kussen met een alternerend wisseldrukstelsel.

Dertiende week (dia 3)

Evaluatie (zie wondvoortgangsrapportage formulier). WCS classificatie: 10 % geel en 90 % rood.

De wond ziet er minder mooi uit. De omringende huid is onrustig en er zijn nieuwe wondjes bijgekomen. Het huidige wondbeleid wordt gehandhaafd. Omdat de wond behoorlijk veel vocht produceert en de neiging heeft nogal eens te gaan bloeden, is een alginaat verband een goede keus. Dit produkt heeft namelijk naast een vochtbindende ook een haemostatische werking.

Verschillende factoren kunnen de oorzaak zijn van de achteruitgang van de wond. In een gesprek met mevrouw wordt duidelijk dat ze overbelast is en onvoldoende inzicht heeft in de situatie. Zo heeft ze twee weken geleden onterecht de middagzorg voor haar man op zich genomen omdat ze driemaal per dag thuiszorg wel een inbreuk op haar privacy vond. Bij navraag blijkt dat mevrouw de ene middag wel en de andere middag niet haar man verschoont. Het blijkt namelijk dat ze eigenlijk niet in staat is om de middagzorg uit te voeren. Het frequent defaeceren in combinatie met onvoldoende verschonen heeft het ontstaan van nieuwe wonden in de hand gewerkt. Verder wordt duidelijk dat meneer te lang achtereen in de rolstoel zit.

Mevrouw vertelt nog dat haar man de aanbevolen voeding niet meer krijgt omdat ze het te duur vindt en in plaats daarvan hem maar veel fruit aanbiedt. De zorgcoördinator geeft voorlichting en stelt na overleg met het echtpaar het beleid bij. Vanaf dit moment krijgt meneer weer drie maal daags hulp van de thuiszorg.

Vijftiende week (dia 4)

Evaluatie (zie wondvoortgangsrapportage formulier). WCS classificatie:

100 % rood. De wond en omringende huid zien er veel beter uit. Het wondbeleid met het gebruik van een alginaat blijft gehandhaafd.

Achttiende week (dia 5)

Evaluatie (zie wondvoortgangsrapportage formulier). WCS classificatie:



100 % rood.

De wond produceert bijna geen vocht meer en neigt uit te drogen. Het wondbeleid wordt aangepast. Er wordt een vochtige wond gecreëerd door de wond op te vullen met een hydrogel. Vervolgens wordt de wond afgedekt met een vet gaas. Op deze manier wordt voorkomen dat een groot gedeelte van de hydrogel wordt opgenomen in het absorberend verband.

Het echtpaar gaat op vakantie in een aangepast huis aan zee. Twee weken van te voren heeft de zorgcoördinator haar collega ter plaatse ingelicht over hun komst. Naast de telefonische overdracht krijgt meneer het wondbeleid mee. Ook de benodigde materialen en de speciale matras en stoelkussen worden meegenomen.

Zesentwintigste week (dia 6)

Evaluatie (zie wondvoortgangsrapportage formulier). WCS classificatie:

100 % rood.

de wond is weer kleiner geworden en ziet er prima uit. Terugkijkend naar de beginsituatie, 6 maanden geleden, is er een goed resultaat bereikt. Het wondbeleid blijft gehandhaafd.

Meneer heeft genoten van de vakantie. Helaas krijgt hij enkele dagen na thuiskomst ernstige longproblemen. De lichamelijke situatie verslechtert snel. Twee weken later overlijdt meneer.

TENSLOTTE

In de meeste thuiszorgorganisaties wordt bij decubitus gebruik gemaakt van de kennis gespecialiseerde verpleegkundigen en/of verpleegkundig specialisten. Deze geven ondermeer in hun rol van consulent informatie en adviezen aan collega's en andere hulpverleners. Met betrekking tot preventie en behandeling van decubitus is er een overeenstemming op landelijk niveau geformuleerd. Namelijk de herziene Consensus Decubitus (Bakker, 1992). Hierin is een stelling opgenomen die luidt dat de verantwoordelijkheid voor decubituspreventie niet louter een verpleegkundige aangelegenheid is. Maar ook medici, patiënten en eventuele andere hulpverleners zijn daarvoor verantwoordelijk.

Langzaam maar zeker ziet men de noodzaak in om bij de aanpak van het decubitusprobleem regionaal en multidisciplinaire samenwerking te bewerkstelligen, waarin verpleegkundigen en verzorgenden een aanzienlijk aandeel hebben. Tot het onderkennen van het probleem decubitus behoort systematische scholing van alle medewerkers die met de directe uitvoering van preventieve en curatieve maatregelen zijn belast.

* **M. Casteleijn, verpleegkundig specialist (stomazorg en huiddefecten)**
Thuiszorg Gooi en Vechtstreek, Huizen
Lid WCS Commissie decubitus

LITERATUUR

Bakker, H. (1992). Herziening consensus decubitus. Utrecht: CBO

| Naam cliënt: | week : | 0 | 1 | (2) 5 | 3 (13) | (4) 15 | (5) 18 | (6) 26 | 7 | 8 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|
| datum: | 27-10-97 | 3-11-97 | 3-12-97 | 26-1-98 | 10-2-98 | 3-3-98 | 28-4-98 | | | |
| grootte van de wond (in cm) | 8,2 | 8,4 | 7,9 | 6,9 | 4,8 | 4,8 | 3,1 | | | |
| | 7,4 | 7,9 | 6,7 | 6,1 | 3,7 | 3,5 | 2,9 | | | |
| | 0,2 | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | | | |
| zwart (necrose) | 90% | | | | | | | | | |
| geel (beslag) | 10% | 30% | 10% | 10% | | | | | | |
| rood (granulatie) | | 70% | 90% | 90% | 100% | 100% | 100% | | | |
| totaal | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | 100% | 100% |
| Aspecten van de wondranden | | | | | | | | | | |
| intact (i) | | | | | | | | | | |
| gezwollen (g) | X | X | X | X | X | X | X | | | |
| verveekt (v) | X | X | | X | | | | | | |
| ondermijnd (o) | X | X | X | X | | | | | | |
| normaal (n) | | | X | X | | X | | | | |
| afwijkend (a) | X | X | | | | | | | | |
| Vochtransport | 0 droog X matig 0 nat | 0 droog X matig 0 nat | 0 droog 0 matig X nat | 0 droog 0 matig X nat | 0 droog 0 matig X nat | X droog 0 matig 0 nat | 0 droog X matig 0 nat | | 0 droog 0 matig 0 nat | 0 droog 0 matig 0 nat |