

# DE VERPLEEGKUNDIGEN EN KINDEREN MET BRANDWONDEN DOOR MISHANDELING.

R.Y. Arkema \*, G.A. Hartlief \*\*

Het eerste deel van dit artikel is een algemene inleiding met daarop volgend een inventarisatie van de problemen die de verpleegkundigen tegenkomen bij een kind met brandwonden ten gevolg van kindermishandeling. Het tweede deel beschrijft de deskundigheidsbevordering ten aanzien van het herkennen en signaleren van kindermishandeling bij een kind met brandwonden.

## ALGEMENE INLEIDING KINDERMISHANDELING.

Kindermishandeling komt in alle lagen van de bevolking voor. Niet alleen ouders maken zich hieraan schuldig maar ook pleegouders of stiefouders, broers, zusters en andere familieleden.

De juiste omvang van kindermishandeling en verwaarlozing is onbekend omdat waarschijnlijk veel verborgen blijft. Naar schatting worden in Nederland ongeveer 50.000 kinderen per jaar geslagen, vernederd, verwaarloosd of seksueel misbruikt.

### WAT IS KINDERMISHANDELING?

Lichamelijke mishandeling kan worden gedefinieerd als een bewust handelen of bewust nalaten van handelen door de ouders en/of verzorgers waardoor het risico ontstaat dat een kind tijdelijk of blijvend letsel oploopt.

"De grens tussen het bewust nalaten van handelingen en verwaarlozing is niet scherp te trekken. Het verschil wordt gevonden in de intentie van de ouders en/of verzorgers.

Verwaarlozing is het nalaten door de ouders en/of verzorgers van de vervulling van de elementaire levensbehoeften van een kind, terwijl de ouders daartoe wel in staat zijn. Er is dus sprake van 'verwijtbaar' nalaten" (Bilo, Oranje, 1996).

### INCIDENTIE.

In ziekenhuizen worden kinderen behandeld waarbij het vermoeden bestaat dat ze zijn mishandeld of zelfs medische behandeling nodig hebben ten gevolge van de mishandeling. Schattingen van aantallen die aangeven hoe vaak kinderen in het ziekenhuis worden opgenomen ten gevolge van kindermishandeling zijn

in de literatuur niet te vinden. De cijfers uit het jaarverslag van het Bureau Vertrouwensartsen (BVA) laten zien dat er maar weinig meldingen komen vanuit de ziekenhuizen. In 1995 kwamen 16% van alle meldingen uit de somatische gezondheidszorg hiervan kwamen 3% vanuit de ziekenhuizen. Deze getallen zeggen alleen iets over het aantal meldingen, de vraag blijft echter hoeveel gevallen er niet gemeld worden, niet uitgesproken worden en/of niet als zodanig worden herkend.

Van de kinderen met brandwonden die opgenomen worden ligt in 4 tot 8% mishandeling ten grondslag aan de verbranding. Inclusief de kinderen die poliklinisch worden behandeld is dit percentage 10 tot 20%. Ook hier blijft weer de vraag hoeveel gevallen er niet gezien of als zodanig herkend worden, neem nu bijvoorbeeld de hele kleine brandwonden.

Als we ons realiseren dat 30 tot 70% van de mishandelde kinderen kans loopt op hernieuwde mishandeling dan blijkt daaruit de belangrijkheid van het opsporen van de oorzaak van brandwonden bij kinderen. Tenslotte is de mortaliteit bij brandwonden door mishandeling hoger dan bij brandwonden door ongevallen (Ijperen, 1994).

## INVENTARISATIE VAN DE PROBLEMEN

### DE VERPLEEGKUNDIGEN.

De verpleegkundigen in een ziekenhuis kunnen dus in aanraking komen met de gevolgen van kindermishandeling of met een vermoeden van kindermishandeling. Wanneer de verpleegkundigen hiermee worden geconfronteerd, worden ze tege-

lijktijd geconfronteerd met een hoop andere problemen.

Problemen die te maken hebben met bijvoorbeeld twijfel, angst het verkeerd te zien, hoe moet het verder, wie moet wat doen, loyaliteit tegenover het kind, begeleiden van de ouders en de eigen normen en waarden van de verpleegkundigen.

## DE VERPLEEGKUNDIGEN EN HET KIND EN DE OUDERS.

De verpleegkundigen op een kinder-afdeling, spoedeisende hulp en een brandwondencentrum, waar kinderen met brandwonden komen of verblijven, krijgen te maken met kinderen van alle leeftijden. De begeleiding en verzorging van kinderen met brandwonden en hun ouders is vaak lang en intensief en vraagt veel betrokkenheid van de verpleegkundigen. Ze krijgen te maken met beide partijen en tevens met hun eigen normen en waarden.

De verpleegkundigen krijgen te maken met het kind en zijn de meest constante factor in het gehele verpleegproces. Ze doen de wondbehandeling, lezen het voor en troosten het kind als het verdrietig of bang is. De verpleegkundigen proberen een vertrouwensrelatie met het kind op te bouwen. Ze moeten opkomen voor het kind, zeker waar het niet voor zichzelf kan opkomen. Het welzijn en de bescherming van het kind moeten voor de verpleegkundigen op de eerste plaats staan. Met de ouders krijgen de verpleegkundigen ook te maken. Tijdens het verzorgen van het kind is het begeleiden van de ouders een essentieel onderdeel. De ouders komen vaak op bezoek en komen met hun vragen, onzekerheden en problemen bij de verpleegkundigen. De verpleeg-



kundigen proberen met de ouders een relatie op te bouwen die gebaseerd is op eerlijkheid en vertrouwen. De ouders moeten erop kunnen rekenen dat de verpleegkundigen hun vertrouwen niet schenden en hun eerlijk benaderden (Lindsay, Kelly, 1993).

Als laatste krijgen de verpleegkundigen ook nog met zichzelf te maken, met hun eigen normen en waarden en gevoelens. Er wordt een professionele beroepshouding van ze verwacht, ze horen boven de verschillende partijen te staan. Eigen normen en waarden mogen niet meespelen in de houding tegenover de ouders.

De verpleegkundigen moeten zowel het kind als de ouders begeleiden en niets mag deze begeleiding in de weg staan. Ze zijn de pleitbezorgers voor alle 'mishandelde' kinderen en hun ouders en moeten tegenover alle patiënten (zowel groot als klein) en hun ouders even onbevooroordeeld zijn.

Om inzichtelijk te maken wat verpleegkundigen tegenkomen, zijn de problemen onderverdeeld in 5 groepen. Tevens heeft dit het voordeel dat deze problemen structureel en stap voor stap kunnen worden aangepakt.

De 5 hoofdgroepen zijn:

1. deskundigheid,
2. multidisciplinair werken,
3. houding van de verpleegkundigen,
4. protocolleren van het probleem,
5. de opvang van de verpleegkundigen.

In het volgende deel zal elke groep een voor een toegelicht worden.

### 1. De deskundigheid.

De eerste groep is de deskundigheid, hiermee wordt de deskundigheid van de verpleegkundigen bedoeld. Het hebben van te weinig deskundigheid ten aanzien van kindermishandeling in het geheel, is namelijk een groot probleem, het kan onzekerheid en misdiagnose tot gevolg hebben. Om kindermishandeling te kunnen herkennen moeten de signalen bekend zijn. Onder kennis valt zowel het erkennen als herkennen van kindermishandeling.

De angst om valselijk te beschuldigen is groot bij verpleegkundigen en om die reden zijn ze terecht voorzichtig, maar te voorzichtig is ook niet goed. Als er een vermoeden is, moet hier wat mee gedaan worden. Stel je eens voor dat het vermoeden waar is en er is niets mee gedaan, wat gebeurt er dan met het kind!!

Te weinig kennis van de verpleegkundigen over de hulpverlenende instanties buiten het ziekenhuis mag ook geen reden zijn voor de verpleegkundigen om niets te doen. Hier geldt weer hetzelfde, stel dat er niets gedaan is, wat gebeurt er dan met het kind.

In het kader van de wet BIG zijn de verpleegkundigen verplicht zich steeds te blijven bijscholen en hebben de verantwoordelijkheid om hun deskundigheid op peil te houden. Waarom zou dit dan niet gelden voor zo'n belangrijk probleem als kindermishandeling?

### 2. Multidisciplinair werken.

De tweede groep is het multidisciplinair werken. De belangen van het kind en zijn ouders worden alleen gediend als er sprake is van een goede communicatie tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor het kind en zijn ouders (Lindsay, Kelly, 1993). Het hoeft echter niet alleen binnen dit team te blijven, er kunnen ook andere deskundigen worden geraadpleegd bijvoorbeeld een kinderarts voor een brandwondencentrum en de spoedeisende hulp of voor een kinderafdeling het maatschappelijk werk.

Het bespreken in het team is in alle opzichten gunstig want de vermoedens worden besproken en men kan elkaar respons geven zodat er een situatie ontstaat van intercollegiale toetsing. Tevens kan men dan bespreken welke stappen genomen moeten worden en wie wat doet en coördineert.

### 3. De houding van de verpleegkundigen.

De derde groep is de houding van de verpleegkundigen. Deze houding is bepalend voor de relatie met het kind en zijn ouders. Zich laten leiden door eigen normen, waarden, frustraties en gevoelens is uit den boze maar een empathische houding

is noodzakelijk. Het laten leiden door eigen normen, waarden, frustraties en gevoelens heeft alleen maar een nadelig effect op de relatie met het kind en zijn ouders. Die verstoorde relatie heeft een negatief effect op de hulpverlening. Zoals al eerder is geschreven proberen de verpleegkundigen zowel met het kind als met de ouders een vertrouwensrelatie op te bouwen, hoe zou dit mogelijk zijn als je je laat leiden door persoonlijke voor- of afkeuren. Een beschuldigende houding verstoort deze vertrouwensrelatie. De ouders moeten erop kunnen rekenen dat de verpleegkundigen hen helpen in plaats van beschuldigen, de ouders hebben immers ook hulp nodig. Kindermishandeling is vaak het gevolg van onmacht en eigen lijden van de ouders. Daarom moeten de verpleegkundigen zich altijd realiseren dat zorg voor de ouders ten gunste kan zijn voor het kind.

Wat hierboven is geschetst wordt is een ideaalbeeld. Toch moeten de verpleegkundigen proberen hier naar te streven, hoe moeilijk dat soms ook is.

### 4. Het protocolleren.

De vierde groep is het protocolleren van het probleem. Een goed protocol of stappenplan geeft aan iedereen duidelijkheid, aan de verpleegkundigen en de rest van het team. Het geeft echter ook duidelijkheid aan de ouders. Een protocol leidt tot efficiënt en doelmatig handelen en dit is voor iedereen van belang, voor het team maar ook voor de ziekenhuisorganisatie. Het geeft aan hoe de zorgverlening eruit moet zien en vormt het uitgangspunt voor een evaluatie van de kwaliteit van zorg. Het werken met protocollen moet echter niet resulteren in starheid van het protocol. Elke situatie van het kind en ouders is anders en moet het protocol aan de individuele situatie aangepast kunnen worden. Dit vergt flexibiliteit van de verpleegkundigen.

### 5. De opvang van de verpleegkundigen.

De vijfde en laatste groep is de opvang van de verpleegkundigen. Dit is zeker niet het onbelangrijkste deel. De verpleegkundigen die lang en intensief de zorg hebben voor



een kind en zijn ouders moeten ook hun verhaal kwijt kunnen. Ze moeten hun gevoelens en emoties kunnen delen met anderen. Dit is essentieel, en niet alleen in verband met de verwarrende emoties van de verpleegkundigen maar tevens omdat ze weer in contact kunnen komen met andere gevallen van kindermishandeling. Eventuele negatieve ervaringen van vorige situaties, zullen bij een goede afhandeling de nieuwe situaties dan niet beïnvloeden. Hiervoor moet dus tijd en ruimte gecreëerd worden.

### DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

In het volgende deel van dit artikel wordt beschreven hoe je kindermishandeling door brandwonden kan herkennen en signaleren. Dit is een stuk deskundigheidbevordering en beslaat een deel van het probleem in de eerste groep van de problemen in het voorgaande stuk. Het vergroot de kennis met betrekking tot kindermishandeling bij het kind met brandwonden.

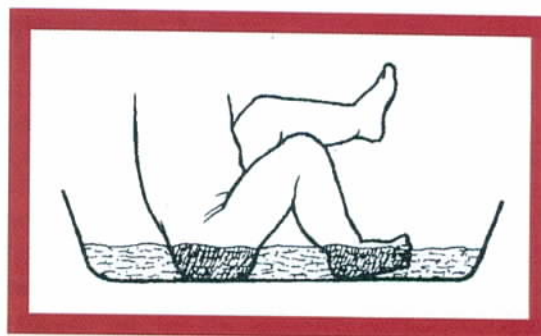
Het is als verpleegkundige belangrijk om te weten wanneer je bij een kind met brandwonden bedacht moet zijn op kindermishandeling. Waar de verpleegkundige dan met name naar moet kijken zijn het soort brandwonden, de lokalisatie en de oorzaak van de brandwonden en wat de aanwijzingen in de anamnese kunnen zijn die wijzen op kindermishandeling.

#### HET SOORT BRANDWOND:

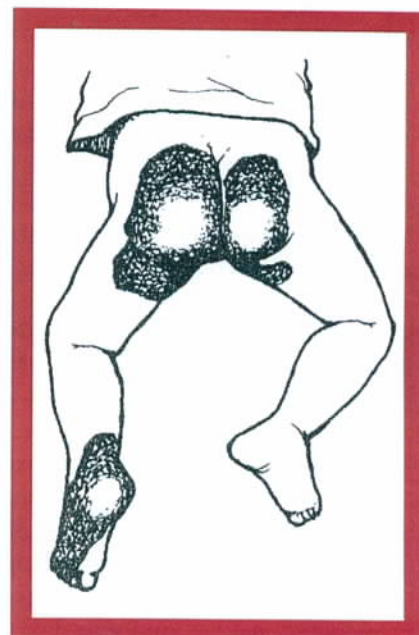
Bij opzettelijke verbrandingen ver-

toont de brandwond nogal eens een scherpe begrenzing ten opzichte van de gezonde huid. Als het om een ongeluk gaat zal het kind snel terugtrekken of weg proberen te komen, waardoor een minder scherpe demarcatielijn ontstaat. Een opzettelijke verbranding is vaak overal even diep, dit beeld ziet men veel minder vaak bij een ongeluk. De verpleegkundigen kunnen ook de zogenaamde sok- of handschoenverbranding zien. Dit beeld ontstaat wanneer een kind met zijn hand(en) en/ of voet(en) in een hete vloeistof wordt gedompeld. De brandwond is overal even diep en is zeer scherp begrensd. Alleen de hand(en) en/ of de voet(en) zijn dan (vaak diep) verbrand.

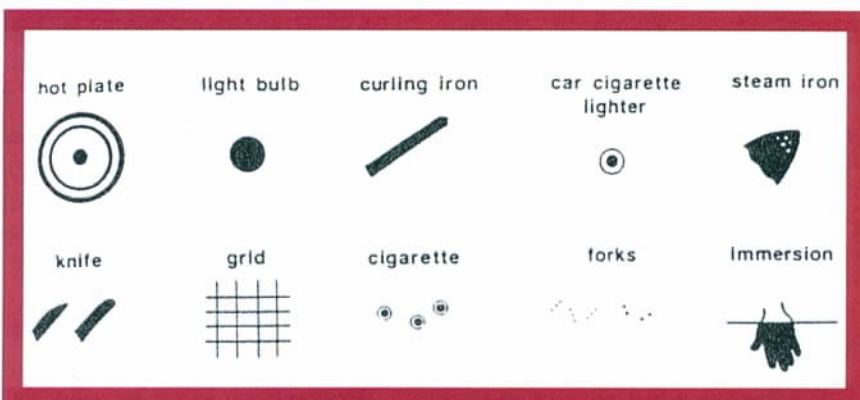
Kindermishandeling door het uitdrukken van sigaretten op het kind komt waarschijnlijk het meest voor bij mishandeling met brandwonden tot gevolg, maar kan moeilijk gesignaleerd worden omdat deze brandwonden vaak geen behandeling nodig hebben. Na de brandwonden door sigaretten zijn de heet waterverbrandingen waarschijnlijk de meest voorkomende. Wanneer verpleegkundigen een heet waterverbranding ziet met scherpe demarcatielijnen moeten ze zeker bedacht zijn op kindermishandeling, maar er ook rekening mee houden dat de brandwonden kunnen zijn ontstaan doordat de ouders niet wisten dat de baby/ kinderhuid zo'n stuk gevoeliger is dan die van een volwassene of



Afbeelding 2.1: Geforceerde onderdompeling in heet water. Uit: R.A.C. Bilo, A.P. Oranje, 1996. Het ongelukshuidje.



Afbeelding 2.2: Bij geforceerde onderdompeling hoeven de lichaamsdelen, die tegen de badbodem of badwand geduwd worden, niet in gelijke mate als de rest van het lichaam te verbranden, omdat de temperatuur van de badwand aanzienlijk lager kan zijn dan die van het badwater. Uit: R.A.C. Bilo, A.P. Oranje, 1996. Het ongelukshuidje.



Afbeelding 1: Afdrukken van voorwerpen. Uit: Johnson, 1990. Inflicted injury versus accidental injury.

dat de ouder bv. vergeten is het badwater te controleren.

#### DE LOKALISATIE VAN DE BRANDWONDEN.

Bij brandwonden door kindermishandeling ziet men de brandwonden vaak op de handpalmen, de voetzolen, enkels, polsen, genitalia, perineum en billen. Bij een ongeluk ziet men de brandwonden vaak aan de voorzijde van het lichaam. Wat bij de lokalisatie van de brandwonden ook erg belangrijk is, is of de verklaring



	MISHANDELING	ONGEVAL
<b>Begrenzing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scherp begrensde lesie 'sok of handschoen'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• onscherpe grens met gerelateerde irregulaire spatverbrandingen</li> </ul>
<b>Symmetrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vaak symmetrisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in het algemeen asymmetrisch</li> </ul>
<b>Anamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verbranding niet zelden ouder dan uit de anamnese blijkt</li> <li>• talrijke lesies van verschillende leeftijd en aard, geen adequate verklaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• leeftijd en anamnese in overeenstemming</li> <li>• eenmalig trauma, geen andere letsels</li> </ul>
<b>Wondverzorging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wond verwaarloosd en/of geïnficeerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• adequaat</li> </ul>

Afbeelding 3: Vorm en patroon van brandwonden bij mishandeling versus accidentele verbrandingen.  
Uit: R.A.C. Bilo, A.P. Oranje, 1996. Het ongelukshuidje.

voor de brandwonden past bij de lokalisatie van de brandwonden.

#### DE OORZAAK VAN DE BRANDWONDEN EN DE GEGEVEN VERKLARING:

Bij de oorzaak die gegeven wordt voor de brandwonden moet men altijd kijken of de gegeven verklaring ook mogelijk is. Dat wil zeggen dat men uit moet gaan van de psychologische en motorische ontwikkeling van het kind. Als bijvoorbeeld verteld wordt dat het kind naar de andere kant van de kamer is gelopen, waar het een pot koffie over zich heen trok en we zien dat het kind nauwelijks kan lopen is het goed om dieper op deze verklaring in te gaan. De gegeven verklaring kan natuurlijk kloppen maar bij een verklaring als in het voorbeeld kan het ook heel goed zijn dat het om kindermishandeling gaat.

Wij hebben 4 belangrijke items genoemd:

soort brandwond,  
lokalisatie van de brandwonden,  
oorzaak van de brandwonden,  
gegeven verklaring.

Dit zijn een aantal belangrijke aanwijzingen voor het herkennen van kindermishandeling die binnen de anamnese aandacht verdienen.

#### DE VERPLEEGKUNDIGE ANAMNESE:

Tijdens het afnemen van de ver-

pleegkundige anamnese zijn er een aantal signalen waarbij gedacht moet worden aan kindermishandeling.

Het is ook van groot belang de anamnese zo snel mogelijk af te nemen. Volgens IJperen (IJperen, 1994) dient hierbij gelet te worden op de volgende aspecten:

- Er is een onwaarschijnlijke toedracht van de verwondingen.
- Verschillende verklaringen over de oorzaak door verschillende getuigen.
- Verschillende lezingen door dezelfde getuige op verschillende momenten.
- Aanmerkelijk tijdsverloop tussen de gebeurtenissen en het inroepen van hulp.
- Presenteren van het kind door anderen dan de eigen ouders/ verzorgers.
- Aandringen op snel ontslag.
- Het eigen verhaal van het kind!

Het kind kan, natuurlijk vanaf een bepaalde leeftijd, zelf ook aangeven wat er gebeurd is. Voor de verpleegkundigen is het soms verstandiger om naar de omstandigheden van het ongeval te vragen als hij/zij alleen is met het kind. Indien het kind of de broertjes of zusjes de schuld krijgen van het ongeluk moeten de verpleegkundigen ook bedacht zijn op kindermishandeling.

Tijdens het afnemen van de anam-

nese moeten de verpleegkundigen doorvragen over de omstandigheden tijdens het ongeluk, bijvoorbeeld wanneer is het gebeurd, hoe is het gebeurd, waar is het gebeurd, heeft het kind zich vaker zo verwond dat er een arts nodig was. Het observeren van het gedrag van het kind hoort ook bij de anamnese. Is het kind bijvoorbeeld agressief, apathisch, schrikachtig of zegt het kind bepaalde dingen.

#### DE ACHT W'S IN DE ANAMNESE.

Er zijn acht vragen, de zogenaamde acht W's die de verpleegkundigen volgens Paling (Paling, 1993) zeker mee moeten nemen in de anamnese;

- Wat is het letsel? Lijkt het op een ongeval?
- Waar zit het letsel? Zit het op een ongebruikelijke plek?
- Wat is het aspect van de verwonding? Ziet het er ongebruikelijk uit?
- Wanneer is het ongeval gebeurd? Klopt het met de uiterlijke aspecten van de wonden?
- Waarom is het ongeval gebeurd? Welke verklaring wordt gegeven?
- Wie veroorzaakte het ongeval?
- Waren er anderen bij aanwezig?
- Welke actie werd ondernomen?

#### SAMENVATTING

Het herkennen van brandwonden als gevolg van kindermishandeling begint op het moment dat het kind



voor het eerst in contact komen met de professionele hulpverleners. De verantwoordelijkheid van het signaleren ligt op dat moment bij de professionele hulpverleners. Hier moet natuurlijk zorgvuldig mee om gegaan worden. Het uiten van valse beschuldigingen kan grote gevolgen hebben voor alle betrokkenen. Dit mag echter geen reden zijn om wel een vermoeden te hebben maar daar niets mee te doen.

Er zijn een aantal belangrijke aanwijzingen voor het herkennen van kindermishandeling te weten het soort, de lokalisatie en de oorzaak van de brandwonden en er zijn bepalende kenmerken in de anamnese. De verpleegkundigen moeten het antwoord weten op vele vragen: wat zijn de signalen, hoe is hun houding, wat moeten ze doen, waar kunnen ze terecht, wie moet wat doen en hoe moeten ze ouders en kind begeleiden. Al deze vragen zijn terug te vinden in de 5 groepen eerder genoemd in het stuk, deskundigheid, multidisciplinair werken, houding van de verpleegkundige, protocolleren, opvang van de verpleegkundigen. Het antwoord weten op al deze vragen blijkt in de praktijk op nogal wat problemen te stuiten want bij de meeste verpleegkundigen zijn de antwoorden op deze vragen niet bekend.

## CONCLUSIE

Kindermishandeling is een probleem dat ernstig genoeg is om je druk over te maken, het komt vaker voor dan gedacht wordt. Voor iedereen die in Nederland woont, en problemen heeft, is hulpverlening beschikbaar. Dit moet dus zeker ook gelden voor alle mishandelde kinderen in Nederland. Als verpleegkundige is het van groot belang om alles te doen wat binnen je mogelijkheden ligt.

Daarbij hoort ook de kennis die je hebt over kindermishandeling up to date houden en altijd zorgvuldig naar het kind, de ouders en de casus te kijken.

Wanneer je ziet waar de verpleegkundigen allemaal tegenaan lopen bij de problematiek rond kindermishandeling, ligt daar nog een heel gebied wat ontwikkeld moet worden

zowel door de verpleegkundigen, als door de organisatie.

Dit artikel is bedoeld als aanzet tot het aanpakken van alle problemen voor de verpleegkundigen, en natuurlijk ook voor andere leden van het team, rond het onderwerp kindermishandeling. Wij zijn ons bewust dat dit nog maar een klein begin is en dat er nog heel wat moet gebeuren in het ziekenhuis ten aanzien van onder andere protocolontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Dat zijn wij dan ook zeer zeker van plan.

**\*R.Y. Arkema en G.A. Hartlief, brandwondverpleegkundigen  
Brandwondencentrum Martini  
Ziekenhuis Groningen**

Verslag in het kader van de O.B.V.  
(=Opleiding Brandwonden Verpleging)

## LITERATUUR

1. Bilo R.C.A & Oranje AP (1996). Het ongelukshuidje. Zwolle: De weezenlanden Series No. 12.
2. Hamilton, P.M. (1985). Kinderverpleegkunde en Kindergeneeskunde. Lochem: de Tijdstroom.
3. Janse, C.C.J. & Aarsen, R.S.R. (1996). Kindermishandeling een probleem voor het ziekenhuis: Eindverslag van het project kindermishandeling in het Sophia kindziekenhuis Rotterdam.
4. Janse, Ch. & Aarsen, R. (1997). VKMagazine, jrg. 11, nr. 1, p. 1-3.
5. Johnson, C.F. (1990). Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatric Clinics of North America*, 37 (4), p. 791-814.
6. Kuipers, F. (1980). Brandwonden als vorm van kindermishandeling. *Ned. T. Geneesk.* 124 (4): 122
7. Leare, P. van. (1997). Dossier Kindermishandeling. *Nursing '97*, nr. 4, p. 37-44.
8. Lindsay, C. & Kelly, M. (1993). Letsel door mishandeling. *Kind en Ziekenhuis*, jrg. 16, nr. 3, p. 76-80.
9. Paling, A. (1993). Kindermishandeling op de EHBO. Literatuuronderzoek Vrije Universiteit Amsterdam, Vakgroep Kinderpsychiatrie.
10. Robbroeckx, L.M.H. (1993). Tussen afschuw en acceptatie. *Kind en Ziekenhuis*, jrg. 16, nr. 3, p. 80-81.
11. Ijperen, W. (1994). Brandwonden en kindermishandeling. *WCS Nieuws*, jrg. 9, nr. 3, p. 8-10.

## WCS /S/E/R/V/I/C/E/

### DOORLIGGEN VOORKOMEN, EEN HANDLEIDING VOOR PATIËNTEN NIEUWE DRUK

#### DE MEEST GERICHTE INFORMATIE VOOR UW PATIËNT.

Deze WCS brochure geeft informatie aan de patiënt over alle aspecten rond decubitus, zoals:

- wat is decubitus;
- wat zijn risicoplaatsen;
- hoe voorkom je decubitus en
- hoe voorkom je dat het erger wordt.

Deze WCS brochure kost slechts f 1,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

**DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.**