

"WCS WONDZORG, DOOR DIK EN DUN"

ELFDE EN GROOTSTE TWEEDAAGS WONDCONGRES VAN NEDERLAND

Beste congresbezoeker,

Welkom op alweer het elfde WCS congres. Dit congres krijgt als thema mee: "WCS Wondzorg, door dik en dun". Obesitas is een groeiend probleem in de westerse wereld. Velen worden erdoor getroffen. Professionals idem in hun directe zorgverlening. Dat brengt nieuwe vraagstukken met zich mee. Vraagstukken omtrent obesitas en wondbehandeling komen deze twee dagen volop aan bod. Vooral de centrale sessie in de Beatrixzaal zal de eerste dag volledig in het teken staan van obesitas in relatie tot een groot aantal soorten wonden. Maar ook de parallelsessies sluiten daarop aan. Tevens bieden ook de hoofdsponsors een aantrekkelijk programma aan in hun parallelsessies, zeker een bezoek waard.

Dat geldt ook voor de Expozaal. Meer dan 50 stands bieden daar een gevarieerd palet aan van producten en informatie over het fenomeen wondbehandeling.

Alle sessies hebben, in tegenstelling tot voorgaande jaren 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 kleine 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 10 parallelsessies aan, 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 2007. Ik hoop dat jullie er allemaal bij zijn, want dat is toch een klein feestje, als je prijzen mag uitreiken aan collega's die het afgelopen jaar iets bijzonders hebben gedaan voor hun en ons vakgebied.

Voorafgaand aan dit dagdeel, zullen 's ochtends studenten van de opleiding Wond- & decubitusconsulenten van de Erasmus Universiteit te Rotterdam presentaties houden over onderwerpen uit deze opleiding.

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 verdraait veel aan kunnen hebben. Wissel dus ervaringen uit. Wellicht krijgt u ook wel 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. En gaat u toch nog dat

middagje Hoog-Catharijnen doen, neem dan die collega mee. Alleen het laatste wil ik zeker niet stimuleren, daar ons congres veel leuker is dan het toeven in die benauwde mierenhoop.

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 WONDZORG, DOOR DIK EN DUN" ELFDE EN GROOTSTE TWEEDAAGS WONDCONGRES VAN NEDERLAND	1
HOOFDSPONSOREN EN OVERIGE SPONSOREN	3
OVERZICHTSTABEL CONGRES	6
SPREKERS CONGRES	10
WONDBEHANDELING IN BREED PERSPECTIEF DOELGROEP: DECUBITUS- EN WONDCONSULENTEN	12
ZORG VOOR OBESITAS	16
WCS-AWARD 2008	19
DINSDAG 20 NOVEMBER 2007	22
PLENAIRE SESSIE	22
PARALLELSESSIE DECUBITUS	28
PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA	32
PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS	34
PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET	40
OVERZICHT STANDINDELING EXPOZAAL CONGRES 2007	48
PARALLELSESSIE BRANDWONDEN	50
PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA	54
SPONSORPROGRAMMA	57
PROGRAMMA WCS ACADEMY 2008	62
WOENSDAG 21 NOVEMBER 2007	66
PLENAIRE SESSIE	66
PARALLELSESSIE DECUBITUS	70
PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA	73
PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS	74
PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET	80
PARALLELSESSIE BRANDWONDEN	86
PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA	90
SPONSORPROGRAMMA	93

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



OVERIGE SPONSORS:

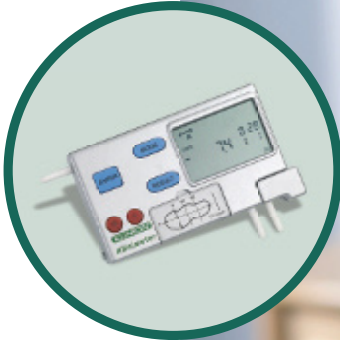
3M Nederland
Able2
Acertys
Archimed
BAP Medical
Bauerfeind
B.Braunn Medical
Beldico
Biologiq
Biomet
Bohn Stafleu Van Lochem
Bos Medical Products
BSN
Combicare
Convatec
Dansac
Dermaprof
Distrac
Doove Medical
Doove Obesicare
Eurotec
Hillrom
Joerns Healthcare B.V.
KCI
Laprolan
Mathot
Maxxcare
Medi Nederland
Medi Reva
Mölnlycke
MSH
Nestle Nutrition Healthcare
RVS
TCCN
The Wound Care Company
Tyco
Urgo
Varitex
Wellform

VERDER AANWEZIG:

WCS Nederland
WCS België
Wond- en decubitusconsulenten V&VN
Decubitus Stichting Oostelijk Zuid-
Limburg
LEV
Nederlandse Vereniging van Obesitas

Klinimeter

dé elektronische wondmeter



De Klinimeter is ontwikkeld voor een snelle meting (20 sec) van alle soorten wonden (oppervlakte, omtrek en volume) ten behoeve van de wondregistratie. Het verloop van het genezingsproces is nu nauwkeurig en eenvoudig vast te leggen en beter voorspelbaar. De effectiviteit van de ingezette wondbehandelingsmethode kan nu objectief worden gemeten. Wilt u ook kennismaken met de Klinimeter? Neem dan contact op met onze Customer Service (0186) 63 44 00.



SERVICE PAGINA

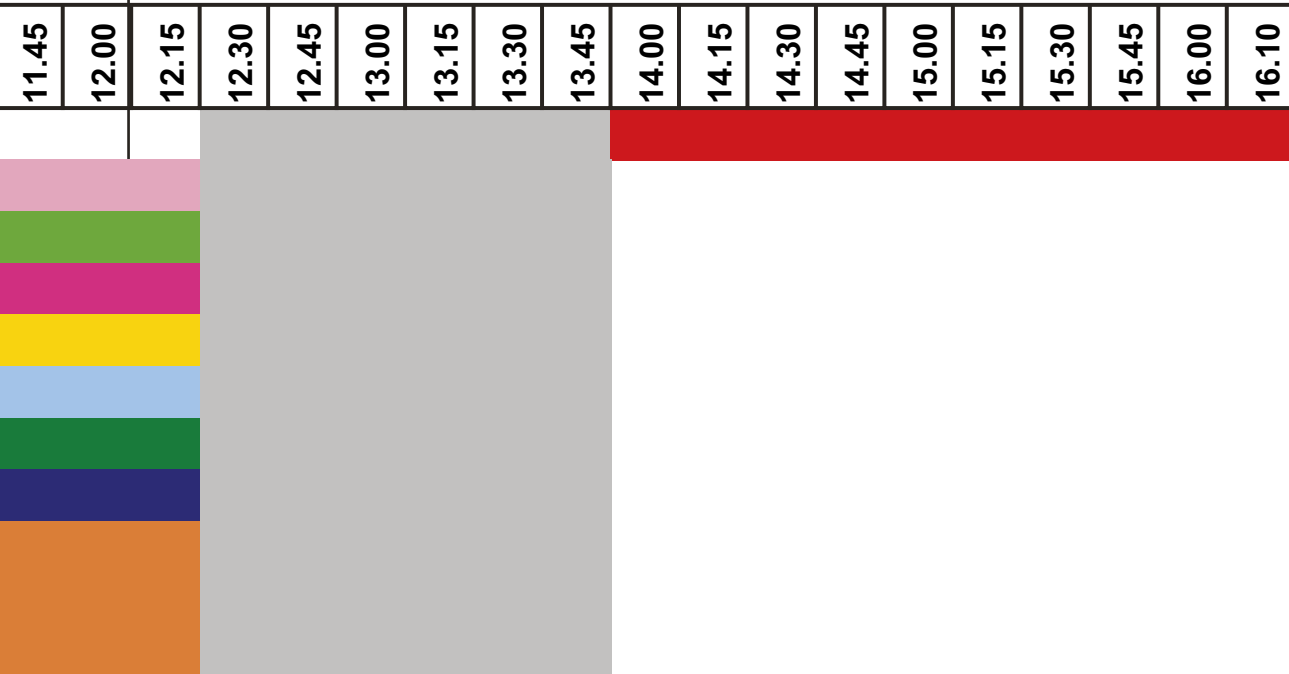
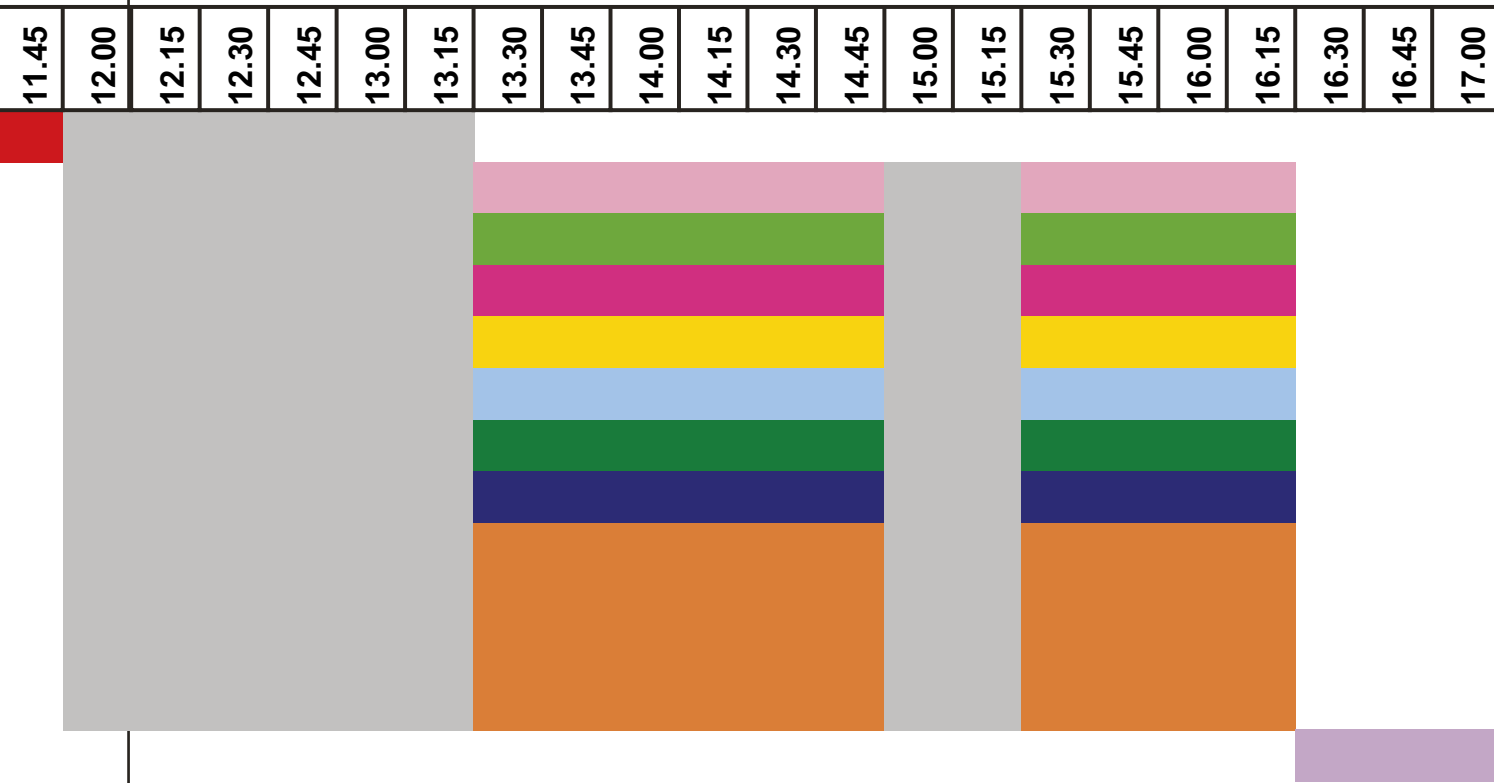
HEEFT U VRAGEN AAN DE WCS?

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

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

NEDERLAND

NAAM	TELEFOON / FAX / E-MAIL	AANDACHTSGEBIED
René Baljon	tel: 010 4223850 fax: 010 4223850 e-mail: voorz@wcs-nederland.nl	<ul style="list-style-type: none">• Algemene informatie• Congres• WCS Nieuws
Conny Keijzer	tel: 071 4030942	<ul style="list-style-type: none">• Algemene informatie
Dick van Duyn	tel: 0252 223392 fax: 0252 223394 e-mail: info@wcs-nederland.nl	<ul style="list-style-type: none">• Secretariaat• Bestellingen WCS Service
Marja Prins	tel: 0174 383206	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgische wond• Stoma
Joke Campo	tel: 015 3109976 fax: 015 3101701	<ul style="list-style-type: none">• Oncologische wond• WCS scholing
José Meijsen	tel: 030 2293301	<ul style="list-style-type: none">• Diabetische voet
Jintiene Zeilstra	tel: 0598 393374	<ul style="list-style-type: none">• Ulcus Cruris
Rob van Komen	tel: 010 2903718	<ul style="list-style-type: none">• Brandwonden
Alette de Jong	tel: 075 6214755	<ul style="list-style-type: none">• Wondenboek
Thomas Vliegen	tel: 06 55955639	<ul style="list-style-type: none">• Internet
Peter Quataart	tel: 0117 371453	<ul style="list-style-type: none">• Decubitus
BELGIE		POSTBUS 607 B-2800 MECHELEN 6
Mieke De Win	tel: +32 2 477 55 77 e-mail: voorzitter@wcs-belgie.be	<ul style="list-style-type: none">• Ulcus Cruris• Algemene info
Roald Nelissen	tel: +32 12 45 44 24 e-mail: info@wcs-belgie.be	<ul style="list-style-type: none">• Algemene info
Jos Verbelen	tel/fax: +32 15 20 15 65 e-mail: ledenadministratie@wcs-belgie.be	<ul style="list-style-type: none">• Ledenadministratie• Bestellingen• Algemene info
Ludo Geenen	tel: +32 15 30 42 09 e-mail: ludo.geenen@emmaus.be	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgische wonden
Hilde Heyman	tel: +32 3 641 77 12 e-mail: drukletsels@wcs-belgie.be	<ul style="list-style-type: none">• Drukletsels
Eddy Swinnen	tel: +32 15 30 42 19 e-mail: stoma@wcs-belgie.be	<ul style="list-style-type: none">• Secretariaat WCS• Stoma





Negative Pressure

Positive Outcomes

Het innovatieve **WoundASSIST® TNP** systeem voorziet in kosteneffectiviteit en eenvoudig te gebruiken wond therapie met behulp van topisch negatieve druk. Het systeem biedt dankzij haar eenvoud toegang tot deze wondtherapie aan alle patiënten in iedere gezondheidszorg omgeving.

Andere geavanceerde therapieën kunnen effectief zijn maar kunnen onhandelbaar of onnodig duur zijn. Dit kan u daardoor dwingen tot een compromis. Het **WoundASSIST® TNP** systeem biedt u nu de optie aan **TNP™** therapie te geven aan patiënten door de zorgketen heen, die anders deze therapie niet hadden kunnen krijgen.

WoundASSIST®
TNP

Bel: 036-5335588


www.huntleigh-healthcare.nl

SPECIALE CONGRESAANBIEDINGEN



NEEM NU EEN ABONNEMENT OP HET KWARTAALTIJDSCHRIFT WCS NIEUWS. NORMAAL € 30,- (EX 6% BTW), NU VOOR € 25,- (EX 6% BTW).

BIJ EEN ABONNEMENT KRIJG JE EEN HEUSE WCS USB STICK (256 MB) CADEAU.



KOOP NU HET WCS WONDENBOEK. NORMAAL € 44,- (EX 6% BTW), NU VOOR € 30,- (EX 6% BTW).

INFORMATIE AAN DE WCS STAND (STANDNUMMER 26) IN DE EXPOZAAL.



SPREKERS CONGRES:

Andriessen, A., clinical innovator medical tissue repair, Malden
 Baljon, R.M., voorzitter WCS, Rotterdam
 Becker, Dr.M.D.S., huisarts, Utrecht
 Boekel, J. van., decubitus- en wondconsulent, Elisabeth ziekenhuis, Tilburg
 Boogert, B. den., decubitus- en wondconsulent, Reinier de Graafgroep, Delft
 Bril, A., wondconsulent / gipsverbandmeester, Twenteborg ziekenhuis, Almelo
 Brouwer, E., organisator en bestuurslid Nederland Lymfoedeem Netwerk
 Buyne, Drs.O., chirurg, UMC Nijmegen, St. Radboud, Nijmegen
 Claessens, I., stomaverpleegkundige, UMCU, Utrecht
 Clerck, L. de., Smith & Nephew, Brussel, België
 Cordemeyer, R., Field Sales Manager Huntleigh Healthcare
 DeFloor, Prof.T., verplegingswetenschap universiteit Gent, België
 Dam, A. van., wond- en decubitusconsulent, Erasmus MC, Rotterdam
 Dol, L., stomaverpleegkundige, MCA, Alkmaar
 Dubbelman, R., nurse practitioner chemo-radiotherapie, Nederlands Kanker Instituut, Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
 Duipmans, J., dermatologie, UMC Groningen, Groningen
 Es, A. van., verpleegkundige brandwondencentrum Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
 Goot, Dr.F.R.W. van de., patholoog anatoom
 Groot, T. de, Transmuraal debitusconsulent 't Lange Land ziekenhuis en Vierstroomzorging, Zoetermeer
 Hage, Dr.J.J., plastisch chirurg, Nederlands Kanker Instituut, Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
 Heine, Prof. Dr.R.J., hoogleraar diabetologie, VU Medisch Centrum, Amsterdam
 Heinen, Dr.M., sectie verplegingswetenschap en paramedische wetenschappen van de afdeling Kwaliteit en Zorg, UMC, St. Radboud, Nijmegen
 Hof, N. van.
 Hovius, Prof.dr.S.E.R., plastic & reconstructive surgery, Erasmus MC, Rotterdam
 Huizinga, Drs. J., NP i.o. afdeling dermatologie, UMC, Groningen
 Hulst, F. van., general manager ARJO/Huntleigh Healthcare
 Janssen, S., nurse practitioner decubitus- en wondzorg, Elkerliek ziekenhuis, Helmond
 Jochems, Ch., wond & decubitus consulent, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
 Jong, J. de., verpleegkundige brandwondencentrum Martini Ziekenhuis, Groningen
 Keijzer, M., wond-stomaverpleegkundige, Aveant Expertisecentrum Thuiszorg, Utrecht
 Kempen, H.J. van., verpleegkundige / huidtherapeut, Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
 Kerckhoven, Prof,Dr.E. van de., faculteit kinesiologie en rehabilitatie wetenschappen, Leuven, België
 Komen, R.S. van., verpleegkundig specialist brandwondencentrum, Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
 Kuijper Kuip, E., huidtherapeut, Medicare, Leiden
 Leeman, Drs. F.W.J., dermatoloog, afdeling dermatologie UMC, Groningen
 Leenman, A., verpleegkundig specialist decubitus- en wondzorg Diakonessenhuis, Zeist
 Legerstee, R., Johnson & Johnson
 Lintz, H., verpleegkundig specialist radiotherapie, UMC Nijmegen, St. Radboud, Nijmegen
 Manders, F., Johnson & Johnson
 Manning, E., wondconsulent / gipsverbandmeester, Twenteborg ziekenhuis, Almelo
 Meuleneire, F., verpleegkundig wondexpert, wondcentrum AZ St. Elisabeth, Zottegem, België
 Nabuurs-Franssen, Dr.M.H., AIOS medische microbiologie CWZ, Nijmegen
 Nieuwenhuis, Dr. M.K., programma coördinator klinisch onderzoek, Martini ziekenhuis, Groningen
 Oomens, Dr. Ir. C., TU Delft, Faculteit Industrieel Ontwerpen, Delft
 Oostendorp-Cornelissen, V.L.M., wond-en decubitusconsulent, Amphia ziekenhuis, Breda/Oosterhout
 Oude Luttikhuis, J., Smith & Nephew
 Palmer, M., Global Product manager Huntleigh Healthcare
 Quataert, P., verpleegkundig specialist decubitus- en wondzorg, ZorgSaam ziekenhuis, Terneuzen
 Rook, I., stomaverpleegkundige, Diaconessenhuis, Leiden
 Rozemeijer, C.M., verpleegkundige brandwondencentrum Rode Kruis ziekenhuis, Beverwijk
 Ruigrok van der Werven, W., MA nurse practitioner dermatologie, Albert Schweitzer ziekenhuis, Zwijndrecht
 Schakel, E., decubitus-en wondconsulent, Internos thuiszorg, Dordrecht

Schmitz, Dr. R.F., chirurg, Groene Hart ziekenhuis, Gouda
 Schonagen, F., orthopedisch schoentechnicus, Harderwijk
 Sigurdsson, Dr. V., chef de polikliniek dermatologie, UMC, Utrecht
 Soest, R. van., teamleider brandwondencentrum Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
 Sosef, Dr.M., chirurg, AMC Parkstad, Heerlen
 Steenvoorde, Drs.P., chirurg i.o., Rijnland ziekenhuis, Leiderdorp
 Steveninck, J. van., wondconsulent, Haga ziekenhuis, Den Haag
 Teeuwen, M., huidtherapeut, Medicare, Leiden
 Tenhoor-Aukema, N., diëtist
 Timm, K., NP, IJsselland ziekenhuis, Capelle aan den IJssel
 Trier, Dr.A. van., plastisch chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
 Ubbink, Dr. D., klinisch epidemioloog, AMC, Amsterdam
 Velde, Dr. R.Y. van der., internist / endocrinoloog, VieCuriVitaal / Transmuraal
 Vermeulen, Dr. H., verpleegkundige, klinisch epidemioloog, AMC, Amsterdam
 Vink, M., stomaverpleegkundige, Rijnland ziekenhuis, Leiderdorp
 Warbout, M., decubitus- en wondconsulent, Erasmus MC, Rotterdam
 Wesseling-Keuning, G., diëtist, Martini ziekenhuis, Groningen
 Wierda, H., diëtist, UMC Nijmegen ST. Radboud, Nijmegen
 Wiering, Drs.B., arts assistent in opleiding, UMC Nijmegen, St. Radboud, Nijmegen

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/dia materiaal) moeten in drievoud worden ingezonden. Daarnaast dient het artikel aangeleverd te worden via e-mail: voorz@wcs-nederland.nl of op CD. 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. Elk 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 de naam van de 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.

WONDBEHANDELING IN BREED PERSPECTIEF

DOELGROEP: DECUBITUS- EN WONDCONSULENTEN

Wondbehandeling is steeds meer een specialisatie binnen de zorg. Als decubitus- en wondconsulent ben je een belangrijke schakel tussen patiënt, arts en andere hulpverleners. Je hebt specifieke deskundigheid en bepaalt het beleid rondom de verzorging van de meest uiteenlopende wonden in jouw instelling.

V&VN Decubitus- & Wondconsulenten behartigt jouw belangen, onder andere via overleg met de overheid en andere organisaties. Kennis, bekwaamheid en kwaliteit zijn voor ons kernbegrippen. We onderhouden onder meer een kwaliteitsregister en hebben een eigen opleiding bij het Erasmus MC te Rotterdam.

V&VN Decubitus- en Wondconsulenten werkt nauw samen met de Woundcare Consultant Society (WCS), het nationale kenniscentrum voor wondzorg in Nederland. Als lid ontvang je naast informatie over V&VN (o.a. V&VN Magazine) vier keer per jaar de WCS-Nieuwsbrief en krijg je korting op onze diensten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het losbladige WCS Wondenboek, hét standaard wondenboek in Nederland. Of ons tweejaarlijkse congres. Op onze website www.wcs-nederland.nl vind je bovendien een prikbord, casusbesprekingen en een uitgebreide bibliotheek.

BEPAALT U MEDE HET WONDZORGBELEID IN UW INSTELLING, WORDT DAN LID VAN V&VN DECUBITUS- EN WONDCONSULENTEN.

Meer informatie? Kijk op <http://www.wcs-nederland.nl>
Of neem tijdens kantooruren contact op met :
Peter Quataert T 0115 68 80 82,
E quataert@zeelandnet.nl

CONTRIBUTIE

V&VN: € 40,00 +
V&VN Decubitus- &
Wondconsulenten: € 0,00
WCS abonnee € 32,00
(Het totale lidmaatschap bedraagt € 72,- per jaar; voor dit bedrag ben je lid van V&VN Decubitus- & Wondconsulenten en abonnee van WCS)

LID WORDEN?

Voor 2007 vragen wij je apart lid te worden van V&VN en abonnee van WCS Nieuws. Ga naar www.venvn.nl en kies in het menu voor 'Nu aanmelden' en www.wcs-nederland.nl en kies in het menu bij 'contact' online aanmelden.



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Decubitus- & Wondconsulenten



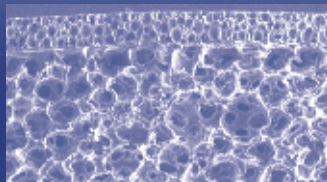
Verpleegkundigen & Verzorgenden
Nederland
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
Postbus 8212, 3503 RE Utrecht
T. (030) 291 90 50
F. (030) 291 90 59
www.venvn.nl
info@venvn.nl

PermaFoam®

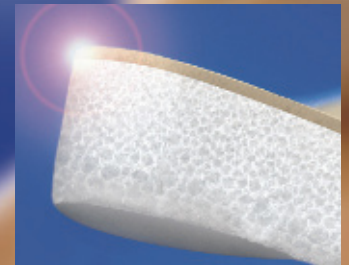
Een efficiënte behandeling bij wondproblemen



De poriën in PermaFoam® worden naar boven toe steeds kleiner, waardoor de opwaartse capillaire werking wordt versterkt. Overmatig wondexsudaat wordt snel in de kern van het schuim opgenomen. Hierdoor worden de wond en de omliggende huid beschermd tegen maceratie bij grote hoeveelheden wondexsudaat of als het kompres wat langer blijft zitten.



Poriënstructuur 45 keer vergroot.



Het geabsorbeerde exsudaat vindt snel zijn weg tot onder de toplaag, waar het zich verspreidt. Deze eigenschap zorgt in combinatie met de hoge waterdampdoorlaatbaarheid voor een optimale afvoer van wondexsudaat. Hierdoor ontstaat een evenwichtig wondmilieu waarin de genezingsprocessen van het lichaam zelf optimaal kunnen functioneren.



De geabsorbeerde wondafscheiding, micro-organismen en dood celmateriaal worden vastgehouden door de speciale hydrofiële schuimstructuur, zelfs als er druk wordt uitgeoefend. PermaFoam® is daarom bij uitstek geschikt in combinatie met compressietherapie.

De zachte, uiterst elastische bovenlaag beschermt de wond en zorgt voor een hoge mate van draagcomfort voor de patiënt.

WAT IS WAAR ?

- De verschrikkelijke sneeuwman bestaat.
- Allergieën voor Betadine komen zelden voor.



Het juiste antwoord is Betadine.

Allergieën voor antiseptica komen minder vaak voor dan die voor antibiotica.^{1,2}

Voor povidonjood zijn allergieën uitzonderlijk (<1:10.000).^{3,4}

Betadine® De Heelmeester

NIEUW

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 uit het veld een cursus op maat.

Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met:

Joke Campo

Opleidingscoördinator WCS Academy

Email: famcampo@zonnet.nl

ZORG VOOR OBESITAS

M.C. van Spanje, drs. S.A.A. Kruizinga*

In Nederland is, volgens de huidige BMI (kg/m²) standaarden, bijna de helft van de bevolking te zwaar (BMI>25). Bij ruim 10% is er sprake van ernstig overgewicht, obesitas (BMI>30) en bij één tot twee procent van de bevolking kan men spreken van morbide obesitas (BMI>40). Dat is een verdubbeling in 25 jaar tijd en deze trend lijkt voorlopig nog niet te stoppen. Er is sprake van een groeiend en uitdijend probleem, niet alleen komen er steeds meer dikke mensen, de dikke mensen worden bovendien steeds dikker. De WHO (World Health Organisation) spreekt van een epidemie die voor deze generatie een ongekend gezondheidsprobleem gaat vormen. Door de hardnekkigheid en gezondheidsgevaaren waarmee ernstig obesitas gepaard gaat heeft de WHO obesitas als chronische ziekte erkend.

ONTSTAAN

De opvattingen in de maatschappij over het ontstaan van obesitas zijn erg simplistisch en stagneren de nodige vooruitgang in de regelgeving, verzekerings- en behandelpraktijken. Te vaak wordt obesitas nog afgeschilderd als een probleem van enkel te veel eten en te weinig bewegen. Eigen schuld, dikke bult! Mensen met ernstig overgewicht worden lui en dom gevonden, volgens de gemiddelde Nederlander wijst obesitas op een gebrekkig doorzettingsvermogen en is het geheel te wijten aan falende eigen verantwoordelijkheid. Nu kan dit voor een aantal individuele gevallen opgaan, maar op populatieniveau bewijzen steeds meer wetenschappelijke onderzoeken dat er meer nuance vereist is om deze op gang zijnde epidemie te verklaren en dat het gerechtvaardigd is om mensen met morbide obesitas als ernstig en chronisch ziek te beschouwen en in die context te behandelen. Nederlanders zijn de afgelopen decennia minder calorieën gaan eten en ondanks de toename in tv-uren, het moderne verplaatspatroon en de mechanisatie van het huishouden, zijn we juist meer gaan sporten. Ruim 80% van ons energieverbruik is echter helemaal niet aan inspanning toe te schrijven, maar aan de stofwisseling, de hartslag en bijvoorbeeld het constant houden van de lichaamstemperatuur. Het permanente verblijf in een thermoneutrale omgeving met de komst van airconditioning en centrale verwarming is één uit talloze factoren welke dagelijks een

belangrijke bijdrage levert aan het ontstaan van obesitas, zo stelden diverse wetenschappers in het International Journal of Obesity het afgelopen jaar. Sliepen we vroeger nog gemiddeld negen uur per nacht, inmiddels is dat teruggebracht naar zeven uur, maar denk ook aan het massale stoppen met roken en slikken van medicijnen. Menig bèta-blokker tegen hoge bloeddruk, antihistamine tegen hooikoorts, antidepressiva, antipsychotica en anticonceptie hebben gewichtstoename als bijwerking. Daarnaast krijgen vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen. Uit recent onderzoek blijkt dat de kans op ernstig overgewicht bij kinderen met 15% toeneemt voor iedere vijf jaar dat de moeder ouder is. Bovendien krijgen dikke vrouwen gemiddeld meer kinderen. Naast deze beknopte greep uit de talloze leefstijl- en omgevingsfactoren betrokken bij het ontstaan van obesitas, tonen diverse studies aan dat ten minste 30 tot 60% van de lichaamsomvang te herleiden is naar onze genetische make-up.

GEZONDHEIDSGEVAREN

Obesitas is zelden een op zich zelf staand fenomeen. Hoe ernstiger de mate van overgewicht, des te meer kans dat dit gepaard gaat met serieuze gezondheidsgevaaren, zoals gecompliceerde psychosociale problematiek, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, aandoeningen aan het beweegapparaat, een verstoorde hormoonbalans, ademhalingsproblemen, diverse vormen van kanker en een enorme variëteit aan huidpro-



blemen. Hierbij dient aangetekend te worden dat het bewijs voor samenhang van diverse ziektebeelden met ernstige obesitas niet altijd eenduidigheid geeft over wat nu oorzaak en gevolg is. Om met zekerheid over causale verbanden te kunnen spreken zal er meer en volledig inzicht moeten zijn in de bijdrage van diverse factoren aan het ziektebeeld. Zo is bijvoorbeeld inzicht in de schijnbaar dominant aanwezige, maar nog veelal onbegrepen genetische component noodzakelijk. De grote variëteit in gezondheidsgevaaren en de tientallen verantwoordelijke genetische-, leefstijl- en omgevingsfactoren maken duidelijk dat obesitas een chronische ziekte met vele verschijningsvormen is en dat behandelingen aangepast dienen te worden op individueel niveau.

BEHANDELING VAN OBESITAS

De wetenschap pleit al decennia voor intensieve, individuele en multidisciplinaire begeleiding als meest effectieve behandelstrategie voor chronisch zieke morbide obese patiënten. In Nederland wordt obesitas echter nog steeds niet erkend als chronische aandoening, waardoor

multidisciplinaire behandelstrategieën nog onvoldoende gefaciliteerd, onderzocht en geoptimaliseerd worden. De in Nederland traditioneel voorgeschreven dieettherapie resulteert bij slechts 5 tot 10% van de obesitas patiënten in een permanente verlaging van het lichaamsgewicht en afname van diverse risicofactoren. Bij bijna de helft van de behandelde patiënten resulteert kortstondige dieettherapie in een uiteindelijke verhoging van het lichaamsgewicht, het jojo-plus-effect. Hiermee is dieettherapie als middel veelal erger dan de kwaal en vreemd genoeg blijkt dit de enige vorm van niet-operatief behandelen te zijn welke vergoed wordt. De huidige strategie in Nederland draagt bij aan het ontstaan, het in stand houden en verergeren van het overgewicht en biedt voor ernstig zieke patiënten geen serieuze oplossing. De NOV (Nederlandse Obesitas Vereniging) onderstreept het belang van wetenschappelijk onderbouwde multidisciplinaire behandelingen en pleit voor gezondheidsbevordering boven veelal tevergeefs gebleken gewichtsreductie. Door het bewerkstelligen van een evenwichtige leefstijl in multidisciplinaire context kunnen de met morbide obesitas gepaard gaande risicofactoren aanzienlijk gereduceerd worden en daarmee de toekomstige kosten voor de gezondheidszorg en de onnodige uitval op de arbeidsmarkt.

Aan het einde van een behandeltraject staat het operatief ingrijpen gericht op gewichtsreductie, ofwel de bariatrische chirurgie. Ook deze bariatrische ingrepen vereisen een multidisciplinair behandeltraject en voldoende nazorg om bijvoorbeeld het supplementengebruik op de individuele situatie af te stemmen en zodoende de kans op vitaminetekorten en ondervoeding te reduceren. In Nederland is nog onvoldoende oog voor de gezondheidsgevaars als gevolg van een ingrijpende bariatrische ingreep en worden specialistische nazorg en eventuele hersteloperaties niet vergoed. Hierdoor verschuift de overgewichtproblematiek voor bariatrische patiënten in de praktijk van veel vet naar veel vel en wordt er door het uitblijven van toe-

rijkende nazorg onnodig risico op complicaties gelopen.

ZORG

Zorg voor morbide obese patiënten reikt verder dan behandelstrategieën en verzekeringsperikelen. Naast oog voor de verscheidenheid in co-morbiditeiten, dient de zorg voor morbide obese patiënten aangepast te worden aan zowel de omvang als het gewicht van de patiënt. Om een goede diagnose te kunnen stellen zullen bijvoorbeeld grotere bloeddrukmanchetten, langere meetlinten, open MRI scans en aangepaste weegschalen aanwezig moeten zijn. Om voorkombare, menonwaardige en levensbedreigende situaties uit het ziekenhuis te weren zullen de operatieruimtes groot genoeg moeten zijn, de injectienaalden en trocars lang genoeg, operatie- en behandelafelers groot en sterk genoeg en dienen sterke tilliften en aangepaste bedden aanwezig te zijn om verplegend personeel te ontlasten, doorligging te voorkomen en open wonden te ontzien.

Ook krijgt de NOV veelvuldig klachten uit het land waaruit blijkt dat behandelaars en verplegend personeel in zorginstellingen niet goed weten hoe ze met dikke patiënten om moeten gaan. Vooroordelen over en tendensen tot stigmatisering van obese patiënten kunnen gevolg hebben voor de duur van het contact, de mate van empathie, het optimisme ten aanzien van vooruitgang en in het algemeen de bereidheid om erkenning, ondersteuning en faciliteiten te bieden. De aanwezige stigma's en vooroordelen onder behandelend personeel in ziekenhuizen maken het voor obese patiënten erg gênant om zich naakt aan verplegend personeel te tonen, dat terwijl er vooral aandacht aan verzorging en hygiëne besteed zou moeten worden omdat obese mensen er simpelweg zelf niet altijd even makkelijk bij kunnen. Het feit dat iedereen in Nederland recht heeft op toegankelijke zorg op maat blijkt in de huidige situatie niet op te gaan voor obese patiënten. De NOV vraagt om medewerking en alertheid.

Aangezien er in de ziekenhuizen op beleidsniveau nog geen aandacht is

voor protocollen om de zorgverlening aan dikke patiënten te synchroniseren, te professionaliseren en te optimaliseren, ontstaan er op de werkvloer grote problemen. Zorg voor dikke patiënten vraagt meer mensen, meer uren, meer en ander materiaal. Allemaal zaken waarvoor in de dagelijks gang van zaken op een ziekenhuisafdeling of in de praktijkruimte geen oog is. De werker die direct met de patiënt in contact staat, komt daarmee vaak voor moeilijke keuzes te staan.

Deze protocollen kunnen niet langer op zich laten wachten, in het belang van de patiënt, maar ook zeker voor de ontlasting van verplegend personeel door onder andere de aanwezigheid van aangepaste materialen.

HUID- EN WOND- VERZORGING

Enige bescheidenheid is hier op zijn plaats. De huid- en wondproblematiek bij obesitas patiënten is een vakgebied op zich en staat voor onze patiënten vereniging nog in de kinderschoenen. Wij zullen ons hier dan ook beperken tot een aantal algemeen voorkomende zaken in de zorg voor dikke mensen. De bijdrage van diverse specialismen betrokken bij deze gewichtige huidproblematiek wordt met interesse gevolgd in hun zoektocht naar optimalisatie. Een veelvoud aan huidproblemen wordt specifiek geconstateerd bij mensen met ernstig overgewicht, zoals striae, wrijvingswonden, verweking van de huid en smetplekken in de huidplooiën. De huid- en wondverzorging bij een obese patiënt is, evenals chirurgisch ingrijpen op zich, een uitdaging van formaat en zeker niet zonder risico's. Het vereist optimale hygiëne, specifieke kennis over de fysiologie, anatomie en psychologie van het grote lichaam en er zijn aangepaste materialen voor zowel de behandeling als verzorging noodzakelijk om de kans op complicaties zoals vochtophoping, bloeditstoringen, infecties en open wonden te reduceren.

De verminderde doorbloeding van vetweefsel en de verhoogde druk door de lichaamsomvang op een wondoppervlak maken het genezingsproces bij obese patiënten com-

plex. Aanwezige voedseltekorten, voornamelijk Vitamine C en Vitamine A, die door herhaaldelijk diëten of bijvoorbeeld een restrictieve bariatrische ingreep kunnen optreden benadrukken dat wondgenezing bij obese patiënten niet vanzelfsprekend hoeft te zijn. Ook de aanwezigheid van co-morbiditeiten moeten meegenomen worden. Diabetes mellitus type 2 kan bijvoorbeeld een storende factor in de wondgenezing zijn door onder andere hoge bloedsuikerwaarden. Met het treffen van voldoende voorzorgmaatregelen het op de hoogte te zijn van het volledige ziektebeeld van de patiënt kunnen diverse huidproblemen en moeilijkheden in de wondgenezing gereduceerd worden. Het opstellen van goede protocollen is noodzakelijk. Te vaak maken wij mee dat obese patiënten niet de volle zorg krijgen

die ze nodig hebben. Dit is voor een deel terug te voeren op vooroordelen bij behandelaars en verzorgers die een eigen negatieve mening meebrengen in de bejegening van een patiënt. Voor een ander deel heeft het te maken met het gebrek aan assertiviteit bij de dikke patiënt die zich geneert en zelf ook niet vrij is van vooroordelen. Door de instandhouding van de illusie het maakbare lichaam in de maatschappij, zien patiënten hun obese status als tijdelijk. Onderzoeken onderstrepen dat het negatieve obesitas stigma door de patiënten geïnternaliseerd kan worden wanneer blijkt dat deze status permanent is, met alle gevolgen van dien op het zelfbeeld, de eigenwaarde en sociale interacties.

Het toekomstperspectief van de obesitas epidemie, de vele misvattingen die bestaan in de maatschappij en de

complexiteit van obesitas als chronische aandoening maken dat het hoogste tijd is om alle betrokken hoofden bij elkaar te steken. Meldingen van probleemsituaties in wondverzorging van dikke patiënten kan een goede eerste stap zijn in optimalisering van de zorg aan deze letterlijk en figuurlijk groeiende groep.

Onderzoekers en behandelaars kunnen in hun zoektocht naar optimale zorg voor obesitas een beroep doen op proefpersonen binnen de Nederlandse Obesitas Vereniging.

***M.C. van Spanje en drs. S.A.A. Kruizinga, Nederlandse Obesitas Vereniging**

Meer informatie en de diverse literatuurreferenties zijn op te vragen bij: skruizinga@obesitasvereniging.nl



Vandeputte Medical wordt Acertys maar blijft uw leverancier voor wondverzorging

Ons pakket bestaat onder andere uit: wondspoeling, brandwondenbehandeling (thermisch/chemisch) en verbandmateriaal.

Onze twee nieuwe productspecialisten ontmoeten u graag op stand nr. 38.




CURATIO
Curapulse

WCS-AWARD 2008

Prijs voor een vernieuwend initiatief in de dagelijkse beroepsuitoefening met betrekking tot wondbehandeling en daaraan gerelateerde onderwerpen.

De WCS fungeert sinds ruim 23 jaar als doorgeefluik voor kennis over wonden in de breedste zin van het woord. De WCS komt om die reden in contact met vele initiatieven, artikelen, onderzoeken en dergelijke die gerelateerd kunnen worden aan de doelstellingen van de WCS.

Teneinde dergelijke interessante ontwikkelingen en innovaties te stimuleren heeft de WCS het initiatief genomen om met ingang van 2005 jaarlijks de WCS-Award uit te reiken.

Bent u verpleegkundige, verzorgende of paramedici én heeft u een vernieuwend initiatief ingevoerd in de dagelijkse beroepspraktijk van de wondzorg. Ding dan mee naar de WCS-Award 2008!

INZENDING

Om mee te dingen naar de prijs dient uw initiatief te voldoen aan een aantal voorwaarden.

De Award wordt uitgereikt aan die persoon of personen die een specifieke activiteit hebben gedaan op het gebied van wondbehandeling of de daaraan gerelateerde onderwerpen. De activiteiten moeten gerelateerd

zijn aan het fenomeen wondbehandeling en kunnen de volgende activiteiten behelzen: onderzoek, pilot, artikel, voordracht, project en/of brochure.

Het onderwerp moet aan de volgende criteria voldoen:

1. Het moet toepasbaar te maken zijn elders in Nederland
2. Het moet een duidelijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van wondbehandeling
3. Het moet aantoonbaar innovatief zijn binnen de wondbehandeling
4. Het moet een bijdrage leveren tot aanmoediging tot de beoefening en de verspreiding van wondbehandeling
5. Het heeft bij voorkeur een multidisciplinair karakter.

DE PRIJS

De winnaars ontvangen een prijs ter waarde van:

1. eerste prijs: certificaat met daaraan verbonden een bedrag van €1500,-
2. tweede prijs: certificaat met daaraan verbonden een bedrag van €1000,-

3. derde prijs: certificaat met daaraan verbonden een bedrag van €500,-

Het deelnameformulier kunt u vinden op onze website

www.wcs-nederland.nl.

Onder het kopje nieuws vindt u dit bericht over de WCS-Award Prijs 2008. U kunt direct doorklikken naar het inschrijfformulier. Geef een bondige omschrijving van het initiatief en een korte toelichting op de genoemde criteria. U stuurt uw inzending in door te klikken op de verzendknop. Inzending is mogelijk tot 1 augustus 2008. De winnaars leveren van hun activiteit een artikel in voor de WCS-Nieuws.

Met vragen kunt u via e-mail contact opnemen met René Baljon: e-mail adres mailto:info@wcs-nederland.nl

info@wcs-nederland.nl

PRIJSUITREIKING

De beste inzenders zullen worden beloond met de WCS-Award 2008. De prijs zal worden uitgereikt tijdens het WCS-congres in Hasselt te België op 25 november 2008.



€1500

cheque

vijftienhonderd euro

WCS AWARD 2008 EERSTE PLAATS

KLINION®

Klinion Xtrata

extra vriendelijk voor de huid



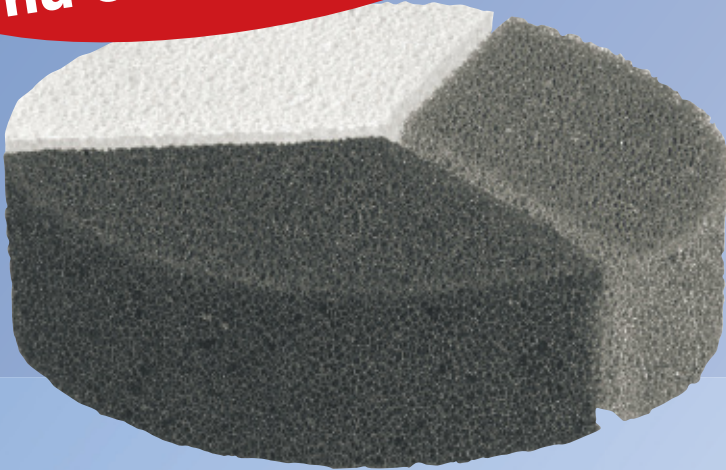
Voor de zeer gevoelige huid introduceert Medeco, de Klinion Xtrata lijn.

De Xtrata producten zijn extra vriendelijk voor de huid door de speciaal ontwikkelde lipo-gel kleeflaag. Deze producten zijn te verkrijgen als hechtpleisters en wond/fixatie folie. Wilt u ook kennismaken met de Xtrata producten? Neem dan contact op met onze Customer Service (0186) 63 44 00.



Klinion® is een merk van Medeco B.V., Postbus 1555, 3260 BB Oud-Beijerland,
Telefoon (0186) 63 44 00, Fax (0186) 61 68 93, info@medeco.nl, www.medeco.nl

V.A.C.® GranuFoam®
nu ook met zilver

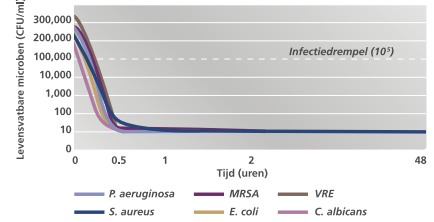


V.A.C. GranuFoam Silver



Snel

99% van pathogene organismen
geëlimineerd in eerste 30 minuten¹

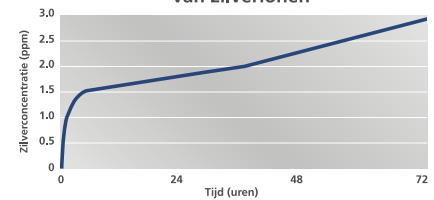


Microbiële vermindering met V.A.C. Granufoam Silver® -verband¹



Efficiënt

Gecontroleerde, continue afgifte
van zilverionen²



Concentratie van zilverionen afgegeven door
V.A.C. Granufoam Silver®-verband¹

V.A.C. GranuFoam Silver®

wondverband ontwikkeld voor betere wondzorg

De GranuFoam Silver® biedt het bewezen voordeel van wondbehandeling met negatieve druk, plus de voordelen van zilverionen voor een snelle en effectieve anti-microbiële werking¹



KCI Medical B.V. +31 (0)30 635 58 85 www.kci-medical.com



¹ Representatieve microbiële in vitro testgegevens; interne gegevens van KCI op bestand. © 2007, KCI Licensing, Inc. Alle rechten voorbehouden. Alle in dit document aangegeven handelsmerken zijn het eigendom van KCI, aan haar gelieerde bedrijven en licentieverleners. De met het "®" of "TM" symbool aangegeven KCI-handelsmerken zijn gedeponeerd in ten minste één land waar dit product/dienst wordt aangeboden, maar niet noodzakelijkerwijs in al deze landen. De meeste in dit document genoemde KCI-producten worden door octrooien gedekt of er zijn octrooien voor aangevraagd.

"WCS WONDZORG, DOOR DIK EN DUN"

DINSDAG 20 NOVEMBER 2007

PLENAIRE SESSIE BEATRIXZAAL

	Dagvoorzitter Mw. Hanneke Kappen	
09.30 - 09.35	Opening	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS, manager netwerkontwikkeling Oogzorgnetwerk, Het Oogziekenhuis Rotterdam
09.35 - 10.05	Openingsact	Vrouw Holland
10.05 - 10.30	Vetzucht: een nieuwe zucht	Dr. M.D.S. Becker, huisarts Utrecht
10.30 - 11.00	Pauze	
	BLOK 1 Mw. JANSEN heeft obesitas, decubitus en smetten	
11.00 - 11.10	Inleiding casus	Dagvoorzitter
11.10 - 11.30	Decubitus graad 4 bij obesitas	T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent 't Lange Land Ziekenhuis en Vierstroomzorgring, Zoetermeer
11.30 - 11.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
11.40 - 12.00	Smetten, preventie en behandeling	Drs. J. Huizinga NP i.o. afdeling dermatologie UMC Groningen, Groningen
12.00 - 13.30	Pauze	
	BLOK 2 Mw. Pietersen heeft obesitas, stuwingserythem, diabetische voet en een stoma	
13.30 - 13.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
13.40 - 14.00	Pittingoedeem en stuwingserythem bij obesitas	K. Timm NP IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel
14.00 - 14.10	Inleiding casus	Dagvoorzitter
14.10 - 14.30	Met overgewicht een dikke kans op diabetes	Prof. dr. R.J. Heine, hoogleraar diabetologie, Vu Medisch Centrum, Amsterdam
14.30 - 14.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
14.40 - 15.00	Stoma en obesitas, VETTE problemen!	I. Rook, stomaverpleegkundige Diaconessenhuis, Leiden
15.00 - 15.30	Pauze	
	BLOK 3 Mw. de Boer heeft obesitas, brandwonden en een oncologische wond	
15.30 - 15.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
15.40 - 16.00	Brandwonden en obesitas	J. de Jong, verpleegkundige Brandwondencentrum Martini Ziekenhuis, Groningen
16.00 - 16.10	Inleiding casus	Dagvoorzitter
16.10 - 16.30	Oncologische wond en obesitas	H. Lintz, verpleegkundig specialist Radiotherapie UMC Sint Radboud, Nijmegen
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	Dagvoorzitter

10.05 - 10.30 Vetzucht: een nieuwe zucht

M. Becker, huisarts

Obesitas, Adipositas, Vreetzucht wordt dit onze volksziekte nr. 1?

Wat houden deze begrippen in en hoe definieer je de slanke lijn?

De epidemiologie en een resumé van alle nadelige gevolgen met nadruk op de gezondheidsproblemen, die door het dikzijn ontstaan, volgen.

Afsluiten wil ik met een korte uitkijk van hoe ik als huisarts met dit probleem omga.

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

11.10 - 11.30 Decubitus graad 4 bij obesitas

T. de Groot, decubitusconsulent

Mw Jansen heeft obesitas en decubitus. M.b.v. een lotusslachtoffer wordt de problematiek die daarbij komt kijken toegelicht.

De casuïstiek laat o.a. zien dat een opname en/of polikliniekbezoek in het ziekenhuis bij een graad 4 decubitus van de stuit voorkomen kan worden als er een deskundig transmuraal wondteam participeert.

11.40 - 12.00 Smetten (intertrigo); preventie en behandeling

J. Huizinga, NP dermatologie

'Smetten is een ontsteking van de huidplooien'. Dit is de definitie uit de richtlijn 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling'. Deze richtlijn is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) in samenwerking met de V&VN Dermatologie (voorheen Nederlandse Vereniging van Dermatologisch Verpleegkundigen en Verzorgenden) en het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) tot stand gekomen.

Smetten (intertrigo) komt voornamelijk voor in de liezen, oksels, bilnaad en onder de borsten, maar ook in de buikplooien, plooien van de oogleden, nekplooien, elleboogsplooien, de navel en tussen de tenen. Omdat ook andere huid-aandoeningen in de huidplooien kunnen voorkomen, kan het lastig zijn om smetten te diagnosticeren. In de literatuur worden verschillende definities van smetten beschreven, ook is er overlap met andere huid-aandoeningen zoals mycosen en bacteriële infecties.

Hoe smetten precies ontstaat, is niet bekend, maar aangenomen wordt dat smetten ontstaat door huid op huid contact. Er ontstaan oppervlakkige beschadigingen doordat de huidlagen tegen elkaar schuren. Warmte, vochtigheid en 'broeien' door gebrek aan luchtcirculatie zijn factoren die een negatieve invloed hebben op het verdere verloop. Er kan maceratie (verweking) van de huid ontstaan, waardoor de huid zijn natuurlijke afweer verliest en er een bacteriële of schimmelinfectie kan ontstaan.

In de richtlijn worden objectieve en subjectieve symptomen van smetten beschreven. Objectieve symptomen zijn; erytheem (roodheid), natten (vochtig), dunne/glanzende huid, fissuur (scherpe wondlijn in het midden van de plooi), spiegelvorming, erosie/ontveling en maceratie. Als subjectieve kenmerken worden pijn, jeuk en een schrijnend/brandend gevoel genoemd.

Smetten kent een gradueel verloop en kan globaal in vier fasen worden verdeeld.

Fase één kenmerkt zich door een lichtrode, intacte huid. De patiënt kan een schrijnend/brandend gevoel ervaren.

Fase twee kenmerkt zich door een felrode, glanzende, intacte huid. De patiënt kan ook hier een schrijnend/brandend gevoel ervaren. De eerste en tweede fase kunnen gelijktijdig voorkomen en ze kunnen elkaar erg snel opvolgen. Ze zijn in de praktijk niet altijd strikt van elkaar te onderscheiden.

Fase drie kenmerkt zich door een felrode, nattende en kapotte huid en maceratie. Er kan een fissuur zichtbaar zijn op de breuklijn van de ene helft van de huidplooi naar de andere helft. Ook hier kan de patiënt jeuk, pijn en een schrijnend/brandend gevoel aangeven.

In fase vier is sprake van geïnfecteerde smetplekken. De huid is kapot en kan een wit, geel of groen aspect vertonen (afhankelijk van het infecterende micro-organisme). Er kan sprake zijn van een onaangename geur. De patiënt ervaart pijn, jeuk en een brandend/schrijnend gevoel, waarbij de pijnklachten meestal meer op de voorgrond staan dan de jeukklachten.

Smetten kan in principe bij iedereen ontstaan. Er is sprake van een verhoogd risico op smetten bij obesitas, verminderde mobiliteit; verhoogde lichaamstemperatuur, vochtige huid ten gevolge van transpireren of incontinentie, oudere patiënten (64+) en vrouwen.

Bij de preventie wordt uitgegaan van de algemene principes waarvan wordt aangenomen dat deze een rol spelen bij het ontstaan van smetten. Preventieve maatregelen zijn gericht op het voorkomen van huid op huid contact, het drooghouden van de huidplooien en het voorkomen van overmatige transpiratie. De patiënt wordt geïnformeerd en/of

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

geadviseerd, zodat deze zelf preventieve maatregelen kan nemen. Dagelijkse huidzorg is ook van belang.

Ook bij de behandeling van smetten wordt uitgegaan van de algemene principes waarvan wordt aangenomen dat deze een rol spelen bij het ontstaan van smetten. Daarnaast is het geven van informatie en/of advies, dagelijkse huidzorg, het herstel van de huid en het consulteren van deskundigen van belang. Ook de behandeling van een mogelijke bacteriële of schimmelinfectie is van belang.

In de richtlijn wordt de behandeling van smetten per fase beschreven. Voorgesteld wordt om de behandeling van smetten regelmatig, te weten op dag 3, dag 7 en dag 14, na de start van de behandeling te evalueren op basis van de afname van objectieve en subjectieve symptomen.

Literatuur

Landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling', NVDVV, LEVV, NIVEL, Utrecht 2004.

De richtlijn is te downloaden van: www.levv.nl. In de richtlijn zijn de namen van de leden van de expertgroep en de literatuurlijst terug te vinden.

13.40 - 14.00 Pittingoedeem en stuwingserytheem bij obesitas

K. Timm, NP

Stuwingserytheem uit zich als een rode verkleuring aan het onderbeen en gaat vaak gepaard met zwelling, pijn en een warme huid. Het is dan ook niet zo raar dat in eerste instantie het vaak wordt verward met erysipelas, dat ook deze verschijnselen kent. Er zijn echter verschillen waardoor de juiste diagnose kan worden gesteld en onnodige behandeling met antibiotica vaak achterwege kan blijven.



Hypostatisch eczeem



Erysipelas

Patiënten met obesitas hebben door het overgewicht te kampen met een hogere druk op de lies en daarmee op de beenvaten, waardoor veneuze insufficiënte, maar ook afwijkingen aan het lymfstelsel, vaker bij deze patiëntengroep voorkomt. Dit hoeft, behalve oedeem in de onderbenen, niet veel klachten te geven, waardoor patiënten geneigd zijn dat oedeem maar voor lief te nemen en pas naar de dokter gaan als de klachten toenemen.

Veneuze insufficiëntie uit zich in, zoals reeds genoemd, oedeem, varices, en in een later stadium huidverkleuringen en hyperpigmentaties, eczeem en nog later het *ulcus cruris*. Door stuwings van het veneuze systeem verwijden de capillaren in de huid zich waardoor een roodheid in de huid optreedt. Als het veneuze bloed lang in het onderbeen aanwezig blijft treden afwijkingen als eczeem en huidverkleuringen op. Het lymfestelsel raakt hierdoor ook beïnvloed waardoor erysipelas eerder kan optreden.

Erysipelas is een ontsteking van de huid en subcutis via de lymfbanen voortschrijdend en wordt veroorzaakt door een bacteriële (streptokokken) infectie van de huid. Het brengt scherp begrensde roodheid (rubor, erytheem), warmte (calor), zwelling (oedeem), pijn (dolor), functio lesie (verlies van functie) en hoge koorts en een gevoel van ziekzijn met zich mee. Er kunnen na enkele dagen blaren optreden en na ongeveer 10 dagen kan het aangedane gebied gaan vervellen.

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

Vooral de hoge koorts en het ziekzijn wijzen op een klassiek beeld van erysipelas of wondroos. Zijn deze factoren niet aanwezig dan is waarschijnlijk sprake van hypostatisch eczeem of stuwingserytheem, alhoewel een infectie veroorzaakt door een andere bacterie ook tot de mogelijkheden behoort. Als differentiaal diagnose mag ook trombose niet over het hoofd worden gezien.

In alle gevallen geldt dat (na) behandeling bestaat uit compressietherapie. Bij stuwingserytheem is dit de primaire behandeling, bij erysipelas is compressie vooral gericht op preventie van lymfoedeem. Geadviseerd wordt om na de eerste doorgemaakte erysipelas gedurende 6 maanden een klasse II (vlakbrei) kous te dragen. Bij recidiverende erysipelas wordt geadviseerd het veneuze en lymfesysteem levenslang te ondersteunen.

Bij veneuze insufficiëntie is het afhankelijk of de insufficiëntie te behandelen is door middel van scleroseren, laserbehandeling of operatie. Is dit niet mogelijk, dan zal de patiënt het advies krijgen de kous levenslang te dragen.

Het is aan de verpleegkundige om ook obesitas aan de orde te stellen tijdens de behandeling. Het mag immers nooit zo zijn dat de patiënt achteraf kan zeggen dat niemand het hem/ haar ooit heeft verteld wat het verband is tussen het overgewicht en het ziektebeeld.

14.10 - 14.30 Met overgewicht een dikke kans op diabetes

R.J. Heine, hoogleraar diabetologie

De pathofysiologie van type 2 diabetes mellitus, de meest voorkomende vorm van diabetes, is complex en slechts ten dele opgehelderd. Bij type 2 diabetes is de capaciteit van de alvleesklier (pancreas) om insuline te produceren verminderd. Daarnaast is er vrijwel altijd sprake van een verminderde gevoeligheid voor het effect van insuline op de verschillende organen (insulineresistentie). Insulineresistentie wordt vaak gezien bij mensen met overgewicht. Chronische hyperglycemie, dus diabetes, ontstaat wanneer de pancreas niet in staat is om aan de toegenomen behoefte aan insuline tegemoet te komen. Omdat dit proces zeer geleidelijk optreedt kan het vele jaren, tot 10 jaren, duren voordat de diagnose wordt gesteld. Hierdoor kunnen tal van complicaties optreden, waarvan de bekendste zijn retinopathie (oogafwijkingen resulterend in blindheid), nefropathie (nierafwijkingen mogelijk leidend tot transplantatie/dialyse) en neuropathie (zenuwafwijkingen). Deze laatste complicatie geeft gevoelsstoornissen en beïnvloedt in ongunstige zin de microcirculatie, waardoor de huid van m.n. de voet kwetsbaar wordt. Daarnaast verhoogt het bestaan van type 2 diabetes het risico op hart-en vaatziekten aanzienlijk; deze is 3-voudig verhoogd bij mannen en tot 5-voudig bij vrouwen.

Berucht zijn de vaak optredende voetulcera bij personen met diabetes. Deze vormen vaak het begin van een langdurig proces dat uiteindelijk resulteert in een amputatie van de voet of het onderbeen.

Deze complicaties kunnen worden voorkomen door goede diabeteszorg en adequate behandeling van de risicofactoren voor hart-en vaatziekten. Deskundige verzorging van de voeten en behandeling van eventueel bestaande drukplekken en ulcera kan voorkomen dat de voet of onderbeen verloren gaat. De uitdaging voor de komende jaren is om de bestaande kennis te vertalen in goede zorg.

14.40 -15.00 Stoma en obesitas, VETTE problemen!

I. Rook, stomaverpleegkundige

Inleiding

Door de toename van obesitas in onze samenleving krijgt de verpleegkundige steeds meer te maken met de praktische problemen rondom de stomaverzorging van stomapatiënten met obesitas. Kennis en inzicht van de verpleegkundige zijn nodig om voor deze patiënten een passende oplossing te vinden zodat kwaliteit van leven wordt gewaarborgd.

In deze presentatie wordt nader in gegaan op de problemen en complicaties die kunnen ontstaan bij deze groep patiënten. De oplossingen en toepassingen van materiaalkeuzes is nog niet evidenced based maar practice based.

15.40 - 16.00 Brandwonden en obesitas

J. de Jong, verpleegkundige

Naar aanleiding van een gespeelde casus van een brandwonden patiënt, worden er verpleegkundig diagnoses opgesteld volgens de NANDA= North American Nursing Diagnosis Association. De interventies worden uitgewerkt volgens de

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

NIC = Nursing Interventions Classification. Aan de hand van deze interventies kunnen de effecten van het verpleegkundig handelen beoordeeld worden via de NOC= Nursing Outcomes Classification. De NANDA, NIC en NOC zijn Amerikaanse verpleegkundig classificatie systemen.

De interventies worden onder meer verduidelijkt met een foto sessie van een verbandwissel. De zorgresultaten verduidelijkt met een observatie score lijst. Diagnoses, interventies en zorgresultaten zijn gericht op de individuele patiënt en de hun zorgverleners.

16.10 -16.30 Oncologische wond en obesitas

H. Lintz, verpleegkundig specialist Radiotherapie

Inleiding

Binnen de commissie oncologische wond van de WCS wordt onderscheid gemaakt tussen een oncologische wond en een oncologisch ulcus. Het oncologisch ulcus is een wond ontstaan door een tumor of metastase. De oncologische wond is een wond ontstaan door de behandeling van kanker zoals chirurgie, chemotherapie en radiotherapie. Het verschil tussen deze wonden is, dat het onderliggend weefsel bij een oncologisch ulcus maligne is en bij een oncologische wond benigne. Dit vereist voor beide wonden een verschillende aanpak.

Methode

In deze presentatie wordt ingegaan op de oncologische wond ontstaan door radiotherapie. De laatste jaren zijn er een aantal ontwikkelingen op dit gebied gaande. Zo is het jarenlang preventief poederen van het bestralingsgebied in veel radiotherapeutisch instituten losgelaten. Ook is er een verandering waar te nemen in de behandeling van een nattende desquamatie (wond ontstaan door radiotherapie). Daar er nauwelijks grote, goed onderbouwde wetenschappelijke studies zijn, is het niet mogelijk om dit evidenced-based te onderbouwen. Hierdoor heeft momenteel elk radiotherapeutisch instituut zijn eigen beleid. In deze presentatie wordt met behulp van een literatuurstudie inzicht gegeven in de ontstaansfactoren en de hedendaagse visie op de behandeling van de diverse gradaties huidreacties ten gevolge van radiotherapie.

Conclusie

Een praktische verpleegkundige presentatie waarbij naast nieuwe ontwikkelingen, de nadruk zal liggen op de beleving en verzorging van een oncologische wond ontstaan door radiotherapie bij een patiënte met obesitas.

Wond- en huidverzorging



Biatain schuimverband ook bij pijn en infectie

Schuimverbanden van Coloplast bieden een lokale oplossing in de behandeling van exsudaat, wondpijn of wondinfectie.

Klinisch bewezen* de beste keus.



Biatain

schuimverband voor matig tot zeer sterk exsuderende wonden.



Biatain - Ibu

het eerste schuimverband met ibuprofen voor lokale pijnbestrijding.



Contreet - Ag

zilverhoudend schuimverband voor geïnfecteerde, exsuderende wonden.

Coloplast: Partner in Wondzorg

Coloplast BV
Postbus 1111, 3800 BC Amersfoort
Telefoon: 033 – 454 44 44
www.coloplast.nl
*www.woundcare.evidence.coloplast.com

Biatain



PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

13.30 - 14.00	Betrouwbaarheid van het EPUAP decubitusclassificatiesysteem	Prof. T. Defloor, Verplegingswetenschap, Universiteit Gent, Gent
14.00 - 14.30	Decubitusonderzoek	Dr. Ir. C. Oomens, Faculteit Biomedische Technologie, Technische Universiteit, Eindhoven
14.30 - 15.00	Is drukmeting alleen voldoende om de kwaliteit van een decubitus matras te meten?	R.H.M. Goossens, TU Delft, Faculteit Industrieel Ontwerpen
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.30	Workshop: wondbehandeling bij obesitas patiënten met decubitus	A. Leenman, verpleegkundig specialist decubitus- en wondzorg Diakonessenhuis, Zeist B. den Boogert, decubitus- en wondconsulent Reinier de Graafgroep, Delft
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

13.30 - 14.00 Betrouwbaarheid van het EPUAP decubitusclassificatiesysteem

T. Defloor, verplegingswetenschap

Aanleiding

Een decubitusclassificatiesysteem is een essentieel instrument om te bepalen of een huidletsel al dan niet een decubitusletsel is en om de ernst ervan in te schatten. In de literatuur worden verschillende classificatiesystemen beschreven. De inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de systemen werd zeer beperkt onderzocht.

Doel

Het doel van dit onderzoek was de inter- en de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het EPUAP-classificatiesysteem (European Pressure Ulcer Advisory Panel) na te gaan.

Design

Survey bij verpleegkundigen

Methode

Het onderzoek bestaat uit twee fasen. In een eerste fase werden 56 foto's voorgelegd aan 473 verpleegkundigen uit verschillende Europese landen. De 56 foto's omvatten zowel decubitusletsels als incontinentieletsels. Om de correcte classificatie van deze foto's te bepalen, werden deze voorgelegd aan 44 experts uit zes landen ($mKappa=0.80$). In de tweede fase werd dezelfde set van 56 foto's tweemaal voorgelegd aan 86 verpleegkundigen en dit met een interval van een maand. Telkens werd gevraagd om de letsels te classificeren als gewone huid, wegdrukbare roodheid, decubitus (graad 1 t/m 4) of incontinentieletsel. Alle verpleegkundigen die deelnamen aan het onderzoek waren vertrouwd met de EPUAP-classificatie en kregen geen additionele training.

Resultaten

De multirater-Kappa voor de 473 verpleegkundigen in de eerste fase was 0.37 ($p<0.001$). niet-wegdrukbare roodheid werd frequent verward met wegdrukbare roodheid en met incontinentieletsels. Ook incontinentieletsels werden vaak fout geclassificeerd. De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid was matig ($K=0.52$). Dit doet vermoeden dat incontinentieletsels in de praktijk frequent als decubitus worden beschouwd, wat kan leiden tot foute keuze van zorg. Huidige prevalentie- en incidentiecijfers van decubitus moeten kritisch worden benaderd.

Conclusie

De inter- en de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het EPUAP-classificatiesysteem zijn zorgwekkend laag. Zowel de ontwikkeling van klinische richtlijnen i.v.m. het onderkennen van decubitus en incontinentieletsels als het verhogen van de scholingsgraad van verpleegkundigen i.v.m. classificatie verdienen meer aandacht.

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

14.00 - 14.30 Decubitus onderzoek aan de Technische Universiteit

C. Oomens, *Faculteit Biomedische Technologie*

Een van de belangrijkste vragen die altijd gesteld worden met betrekking tot het ontstaan van decubitus is: "Welke mechanische belasting kan huid, vet en spierweefsel verdragen voor het beschadigt en een wond ontstaat?" Veel literatuur die de oorzaken van decubitus beschrijft gaat hierover en dat heeft geleid tot de volgende observaties:

- Er bestaat een verband tussen de tijd en grootte dat een mechanische belasting (druk- en/of schuifkracht) wordt uitgeoefend en het risico voor het krijgen van een wond. Een hoge druk kan relatief snel tot schade leiden. Een lage druk, ofschoon ogenschijnlijk ongevaarlijk, kan, mits lang genoeg aangehouden, toch tot schade leiden.
- Spierweefsel is gevoeliger voor het ontstaan van weefselschade dan huid en vetweefsel.
- Schuifkrachten (krachten evenwijdig aan het oppervlak) werkend op het contactvlak tussen huid en ondersteuning leveren een extra risico op t.o.v. de situatie waarbij alleen druk (kracht loodrecht op oppervlak) aanwezig is.
- De hoogste spanningen en vervormingen kunnen inwendig in het weefsel optreden in de buurt van botuitsteeksel. In dat geval kan de schade in diepere weefsels ontstaan en zich in een later stadium naar buiten uitbreiden.

Bovenstaande uitspraken zijn bevestigd via experimentele studies. De notie dat allerlei factoren, gerelateerd aan bijvoorbeeld voeding, pathologie e.d. de gevoeligheid van weefsels voor het ontstaan van schade negatief kunnen beïnvloeden, is minder goed gedocumenteerd.

Om de vraag in de aanhef van deze samenvatting te kunnen beantwoorden is het nodig om een relatie te leggen tussen wat er extern, op het contactvlak tussen huid en ondersteuning, aan krachten wordt uitgeoefend en het inwendige gevolg daarvan in de huid, vet, spieren en andere zachte weefsels in de vorm van vervormingen en spanning. In de laatste 30 jaar zijn vrij goede meetmethoden op de markt gekomen om drukken op het contactvlak te meten en recent zien we ook steeds meer producten op de markt komen om schuifkrachten te meten. De vertaling van die krachten naar interne vervormingen liep daar lange tijd bij achter. De reden daarvoor is dat dit voor iedere individuele patiënt anders is, vanwege andere lichaamsbouw en andere mechanische eigenschappen. Recent is het zowel experimenteel (MRI) als theoretisch veel beter mogelijk geworden die informatie over inwendige vervormingen en spanning te krijgen, hetgeen al geleid heeft tot nieuwe inzichten betreffende de oorzaken van diepe drukwonden. Daarmee is een objectieve schade-drempel recent een heel stuk dichterbij gekomen. De laatste resultaten op dit gebied zullen tijdens de lezing worden gepresenteerd.

14.30 - 15.00 Is drukmeting alleen voldoende om de kwaliteit van een decubitus matras te meten?

R.H.M. Goossens, *TU Delft*

Inleiding

Voor het bepalen van de kwaliteit van een decubitus matras wordt nog vaak een drukmeting gebruikt tussen gebruiker en matras. De hoogte van de maximale drukwaarde die dan wordt gemeten is een mate voor de kwaliteit van de matras, omdat hij een hoge correlatie zou hebben met de doorbloeding van het weefsel.

Doel van de presentatie is om deze aanname eens nader te onderzoeken.

Methode

In de eerste meetserie is de invloed van de afschuifkracht op de doorbloeding bepaald.

Hiertoe werd de doorbloeding op het sacrum van gezonde vrijwilligers gemeten, terwijl de druk werd opgevoerd. Daarbij waren er 2 situaties (met en zonder afschuifkracht).

In de tweede meetserie is de invloed van drukwisselingen op de doorbloeding bepaald.

Hiertoe werd de doorbloeding op de hiel gemeten bij gezonde vrijwilligers, terwijl ook de druk werd gemeten.

Resultaten

De eerste meetserie liet zien dat een kleine afschuifkracht (3.1 kPa) al voldoende is om het weefsel eerder af te sluiten voor doorbloeding. Dit betekent dat de afschuifkracht op matrassen belangrijk is, en daar speelt het bedframe een belangrijke rol in.

De tweede meetserie liet zien dat de maximale drukwaarde geen goed inzicht geeft in de doorbloeding van het weefsel.

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

Conclusie

Het meten van alleen de maximale druk, lijkt geen goede indicator voor de doorbloeding van het weefsel. Daarbij geldt ook dat de kwaliteit van matrassen alleen meten niet voldoende is, maar ook de invloed van het bedframe moet worden meegenomen in de evaluatie.

15.30 - 16.30 Workshop: wondbehandeling bij obesitas patiënten met decubitus

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

Voor iedereen een geschikte oplossing...



- **Dansac Nova 2 huidplaat** standaard platte huidplaat



- **Dansac Nova 2 X3 huidplaat 3 mm** GX- hydrocolloid rondom de stoma zorgt voor extra absorptie en verlengt de draagtijd



- **Dansac Nova 2 Soft Convex huidplaat** met 5 mm GX-hydrocolloid rondom de stoma zorgt voor een zachte convexiteit

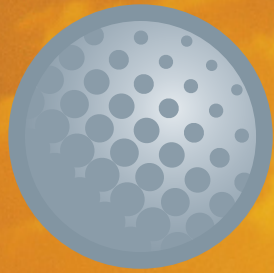


- **Dansac Nova 2 Convex huidplaat** geeft een zekere kleefkracht en stevige maar toch zachte druk



Dansac biedt de breedste range aan huidplaten in de markt.

De Dansac Nova 2 opvangzakjes kunnen gecombineerd worden met 4 verschillende soorten huidplaten. De meeste daarvan zijn ook verkrijgbaar als 1 delig opvangsysteem.



sorbionTM

**Beschermt de wond
Spaart tijd en kosten**

**Hyperabsorberend
Wondkompres**

www.maxxcare.nl

Maxxcare[®]

Maxxcare BV is een jong bedrijf dat zich richt op de verkoop van innovatieve wondverzorgingsproducten. Momenteel gaat onze aandacht vooral uit naar de introductie op de Nederlandse markt van de hyperabsorberende SorbionTM wondkompresen.

Maxxcare BV Vredenoord 9 1852 WB Heiloo Telefoon : 072 5322204 Fax : 072 5322803
e-mail: info@maxxcare.nl website: www.maxxcare.nl

PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA

ZAAL 417

13.30 - 14.00	Het sluitstuk na abdominale chirurgie	Dr. R.F. Schmitz, chirurg Groene Hart Ziekenhuis, Gouda
14.00 - 14.30	Stomazorg bij obesitas	I. Claessens, stomaverpleegkundige UMCU, Utrecht L. Dol, stomaverpleegkundige MCA, Alkmaar
14.30 - 15.00	Witte koolhydraten gisten	N. Tenhoor-Aukema, diëtiste
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.00	3 jaar tobben of toch succes?	M. Vink, stomaverpleegkundige Rijnland ziekenhuis, Leiderdorp
16.00 - 16.30	Casuïstiek	N. van Hof, nurse practitioner, Stichting Groot Rijnland/Wondcentrum Rijnland ziekenhuis Leiderdorp
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

13.30 - 14.00 Het sluitstuk na abdominale chirurgie

R.F. Schmitz, chirurg

Obesitas is geassocieerd met pathofysiologische veranderingen in de cardiale, pulmonale en immunologische functies zich onder andere uitend in diabetes, hypertensie, arteriosclerose en kanker met een inherente kortere levensverwachting. Vanwege deze begeleidende co-morbiditeit is obesitas een risicofactor voor complicaties bij heelkundige ingrepen. Na abdominale chirurgie komen wondstoornissen vaker voor en hebben nogal eens een ernstiger beloop. Ingegaan zal worden op de pathofysiologie van postoperatieve wondinfecties, preventie, behandeling en de gevolgen in relatie tot obesitas.

14.00 - 14.30 Stomazorg bij obesitas

I. Claessens, stomaverpleegkundige, L. Dol, stomaverpleegkundige

14.30 - 15.00 Witte koolhydraten gisten

N. Tenhoor-Auken, diëtiste

15.30 - 16.00 3 Jaar tobben of toch succes?

M. Vink, stomaverpleegkundige

In Nederland krijgt 1 op de 19 patiënten darmkanker. Deze casus bevat een patiënt die een darmoperatie ondergaat en het verloop gaat met veel complicaties gepaard.

Enkele complicaties zijn open buikbehandeling en aanleg stomata.

Ruim drie jaar later ondervindt Hr. nog steeds problemen. In deze casus worden onder andere de behandeling en verzorging van stoma, buikwond en fistel besproken.

16.00 - 16.30 Casuïstiek

N. van Hof, nurse practitioner, Stichting Groot Rijnland/Wondcentrum Rijnland ziekenhuis Leiderdorp

De behandeling van een vrouw van 57 jaar met morbide obesitas door middel van het plaatsen van een maagbandje. Na het plaatsen van het maagbandje zijn er diverse complicaties opgetreden. Longembolie waarvoor mw. ontstolt moest worden met als gevolg een groot rectus hematoom. Diverse relaparotomiën hebben plaatsgevonden met een hemicolecotomie en aanleggen van een eindstandig ileostoma. Opname op de intensive care met beademing was noodzakelijk. Inmiddels is het stoma opgeheven en is er nog een wond over van 10x 5 cm in doorsnede. Het behandeltraject is nu 1,5 jaar. Mw. heeft last van het IC- syndroom en heeft weer een flinke toename van haar gewicht.

PolyMem reinigend-vullend-absorberend-bevochtigend foamverband.

Hoe klinkt dat?

POLYMEM QUADRAFOAM, HET EERSTE 4-IN-1 FOAMVERBAND

Ingewikkeld? PolyMem combineert vier wondherstellende eigenschappen in één foamverband. Daarom is gekozen voor de naam Quadrafoam. Simpel en duidelijk.

Wilt u meer weten over PolyMem QuadraFoam? Neem dan vandaag nog contact met ons op en vraag het gratis kennismakingspakket aan.



PolyMem[®]
QuadraFoam[™]

Laprolan
MEDISCHE PRODUCTEN
A Company of Fornix BioSciences

Laprolan B.V. • Postbus 11 • 6640 AA Beuningen • Tel. 0246 777 800 • info@laprolan.nl • www.laprolan.nl

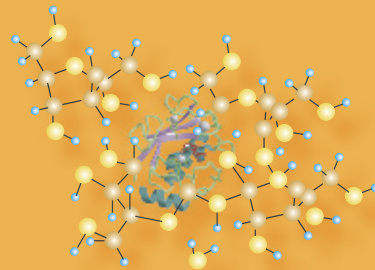
MeIMax[®]

MMP REGULEREND HONINGVERBAND

MeIMax[®] is een reinigend honingverband geïmpregneerd met PHI-5.

Deze unieke formulering reguleert een verstoorde enzymbalans (MMP) bij de genezing van chronische wonden.

Meer weten over MeIMax?
Vraag een gratis proefpakket aan bij Laprolan.



Laprolan
MEDISCHE PRODUCTEN
A Company of Fornix BioSciences

Laprolan B.V. • Tel. 0246 777 800 • www.laprolan.nl

DermaGenics
DERMAGENICS EUROPE

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

13.30 - 14.15	Veneus/pitting oedeem, lymfoedeem, lipoedeem, medische achtergronden en problematiek Lymfoedeem een zoektocht naar oplossingen	Dr. V. Sigurdsson, chef de polikliniek dermatologie UMC Utrecht, Utrecht E. Brouwer, oranisator en bestuurslid Nederland Lymfoedeem Netwerk
14.15 - 15.00	Huidtherapie Manuele Lymfdrainage Appatieve compressietherapie	E. Kuijper Kuip M. Teeuwen huidtherapeuten Medicare, Leiden
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.00	Leefstijlbegeleiding bij ulcus cruris 1 ^{ste} onderzoeksresultaten	Dr. M. Heinen, sectie Verplegingswetenschap en Paramedische Wetenschappen van de afdeling Kwaliteit van Zorg, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
16.00 - 16.30	Obesitas lifestylepoli voor o.a. patiënten met lipoedeem	Dr. R.Y. van der Velde, internist/endocrinoloog VieCuriVitaal Vie/Transmuraal
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

(dit programma wordt ook op de tweede dag gegeven).

13.30 - 14.15 Veneus/pitting oedeem, lymfoedeem, lipoedeem: Medische achtergrond en problematiek.

V. Sigurdsson, chef de polikliniek dermatologie

Men spreekt van oedeem indien er sprake is van zwelling door vochtophoping in de huid. Bij zwelling kan men onderscheid maken tussen pitting en non-pitting oedeem. De oorzaken van pittig oedeem zijn: 1) Toename veneuze druk (obstructie/thrombose, reflux/CVI, dysfunctie spierpomp). 2) Toename weefseldruk (verhoogde capillaire filtratie, ontstekingsreactie). 3) Afname capillaire osmotische druk (hartfalen, nefrotisch syndroom, hypoproteinaemie).

De oorzaken van non-pitting oedeem zijn: 1) Lymfoedeem (primair, secundair). 2) Lipohypertrofie (lipoedeem).

Lipohypertrofie, ook wel aangeduid als lipoedeem, is een aandoening waarbij er een abnormale verdeling van vet in de vetcellen is. Er is geen sprake van oedeem zodat de oude benaming lipoedeem niet juist is.

Bij de beoordeling van zwelling aan de extremiteiten kan de anamnese veel informatie geven. Belangrijke aspecten hierbij zijn: Wijze en tijdstip van ontstaan en beloop. Relatie met inspanning en lokalisatie. Type en aard van de klachten. Familieanamnese. Bijkomende aandoeningen of voorgaande behandelingen zoals flebologische pathologie en oncologische behandelingen. Kennis van de klinische symptomen en voorgeschiedenis van de patiënt in combinatie met de resultaten van inspectie en palpatie zijn meestal toereikend voor de diagnose bij oedeem. Mocht dat niet toereikend zijn kan verder onderzoek geïndiceerd zijn. De belangrijkste onderzoeken zijn: flebologisch onderzoek en/of lymfscintigrafie (kwalitatief en/of kwantitatief).

Literatuur:

Lymfoedeem in de praktijk; diagnostiek, behandeling en een nieuwe multidisciplinaire benadering. Stichting Lymfologie Centrum Noord-Nederland. Drachten 2000.

Leerboek Flebologie. HAM Neumann, DJ Tazelaar (redactie). Uitgeverij Lemma BV. Utrecht 2003.

Richtlijn Lymfoedeem. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Van Zuiden Communications BV. Alphen aan den Rijn 2002.

13.30 -14.15 Lymf- en lipoedeem; een ware zoektocht voor patiënten en behandelaars

E.R. Brouwer, organisator en bestuurslid Nederlands Lymfoedeem Netwerk(NLNet)

Lymfoedeem, welke soorten

o Lymfoedeem; secundair:	o Na borstkanker:	7-35%
	o Na gynaecologische kanker:	20-45%
	o Na blaaskanker / peniskanker:	30-50%
o Lymfoedeem; primair:	o Aangeboren / afvloedstoornis:	7-9%
o Lipoedeem:	o Geen gegevens bekend	

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Oorzaken

- o Aangeboren:
 - o Erfelijk
 - o Kinderen
 - o Jong volwassenen
- o Verkregen:
 - o Operaties / bestraling
- o Risico's:
 - o Infecties / wondjes
 - o Overbelasting / spierkracht / gewicht e.d.

Lymfoedeem is een aandoening waarbij de afvoer van weefselvocht vertraagd is. Het kan ontstaan doordat er bij een operatie lymfklieren en lymfbanen worden beschadigd; maar het kan ook aangeboren zijn, waardoor het zelfs bij kinderen voorkomt.

Hoe ontstaat lymfvocht? Bloed wordt vanuit het hart gepompt naar de weefsels en vandaar via de aders weer teruggebracht naar het hart. We noemen dit de bloedcirculatie. Van het vocht dat in weefsels komt, zal ongeveer 10% achterblijven en dat moet door het lymfsysteem weer worden afgevoerd naar de lymfklieren en van weer naar de bloedstroom. Dit noemen we de lymfcirculatie. De lymfcirculatie begint "blind" in de weefsels en kent geen pomp zoals het hart voor de bloedcirculatie. Het lymfsysteem moet door een eigen pompsysteem en druk van buitenaf tot goede afvloed komen. Deze beide circulaties vormen een evenwicht. Ongeveer 80% van het lymfsysteem ligt in het gebied van 5-10 cm onder de huid.

Dit evenwicht tussen vochtproductie en vochtafvoer uit de weefsels kan op 3 manieren verstoord worden;

1. Er wordt teveel lymfvocht gemaakt in de weefsels door bijvoorbeeld ontsteking of een ongeval. De lymfbanen kunnen daardoor het vele vocht zo snel niet afvoeren. We spreken van oedeem (vocht).
2. De lymfbanen zijn te weinig of werken niet goed; dit kan gebeuren bij bijv. aangeboren lymfoedeem waardoor in principe de normale hoeveelheid weefselvocht al teveel is om afgevoerd te worden. We spreken van primair lymfoedeem.
3. Door een operatie, bestraling, ongeval en dergelijke kan een voorheen gezonde lymfsysteem beschadigd raken, waardoor het niet meer goed werkt. We spreken van secundair lymfoedeem.

Hoe ontdekt men lymfoedeem?

Omdat lymfoedeem ontstaat door vocht ophoping, zal er altijd zwelling aanwezig zijn die vaak ook zichtbaar is doordat een putje in de huid kan worden gedrukt. In principe kan de zwelling overal optreden, maar deze wordt het meeste gezien aan de benen (vaak bij aangeboren lymfoedeem en na gynaecologische- en urologische kankerbehandeling) en de armen (vaak bij patiënten behandeld voor borstkanker). Lymfoedeem kan echter ook op andere plaatsen optreden zoals in het gelaat, de romp en zelfs in de buik.

Om tot een goede behandeling van lymfoedeem te komen, is vroegtijdige herkenning belangrijk. Als lymfoedeem langer bestaat, kunnen er verhardingen ontstaan en littekens in de weefsels ("fibrose") want niet goed meer te behandelen is. Tevens neemt de kans op ontstekingen sterk toe. Hierdoor zal de zwelling weer toenemen en ontstaat er een toenemende achteruitgang met klachten van zwaar gevoel, klachten van gewrichten (bijv. nek en schouders, knieën voeten) en zal de patiënt toenemend verlies van kwaliteit van leven ervaren.

Als lymfoedeem op tijd wordt herkend, zijn er de beste vooruitzichten op een behandeling. Deze vroegdiagnostiek wordt onder andere verkregen door zorgvuldige meting van het volume van armen en benen bij bijv. patiënten met risico op lymfoedeem ("vroegdiagnostiek").

Een goede behandeling kan pas worden gestart als er een juiste diagnose door een arts is gesteld. In veel gevallen, zeker als het lymfoedeem aangeboren is, zal een dermatoloog (huidarts) hierbij een belangrijke rol spelen.

Omdat lymfoedeem ook aangeboren (en soms zelfs erfelijk kan zijn) kan zijn (primair lymfoedeem), wordt het soms al op kinderleeftijd gezien. Heel vaak wordt zwelling aan de voetjes gezien of ontstaat er een onbegrepen ontsteking aan het been (erysipelas). Helaas duurt het nog steeds vaak lang voordat de juiste diagnose wordt gesteld waardoor de behandeling pas later kan worden gestart. Bij de behandeling van kinderen is het belangrijk om de ouders / begeleiders te betrekken bij de behandeling en begeleiding van deze chronische aandoening.

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Hoe is de behandeling?

Er is niet 1 behandeling van lymfoedeem. De pijlers waar de behandeling op rust zijn:

1. Voorkomen van ontstekingen en overbelasting. Hierbij kan instructie en zelfmanagement cursussen goed bij helpen
2. Lymfmassage behandelingen (MLD). Hierbij wordt de lymfafvloed gestimuleerd door speciale massage technieken
3. Compressietherapie met verbanden (zwachtels) en Therapeutisch Elastische Kousen (TEK; "steunkous"). Hierdoor wordt de aanmaak van lymfvocht fors geremd waardoor er minder overbelasting van het systeem is. Verder zal door compressie de lymfafvloed worden gestimuleerd door een toegenomen bewegelijkheid van de lymfvaten.
4. Oefen- en bewegingstherapie. Hierdoor wordt de spierbeweging gestimuleerd en de bewegelijkheid van de gewrichten vergroot. Hierdoor zal de lymfafvloed weer worden gestimuleerd.
5. Betrekken van ouders bij de behandeling van lymfoedeem en het aanleren van zelfbehandelingstechnieken
6. In speciale gevallen kunnen specifieke operatieve behandelingen worden overwogen. Dit kan alleen maar worden uitgevoerd in een gespecialiseerd centrum waarin multidisciplinair wordt samengewerkt door een team van artsen en paramedici.

Omdat lymfoedeem een chronische aandoening is, zal er ook langdurig een behandeling moeten plaatsvinden. Als de behandeling geslaagd is moet deze altijd worden afgesloten met een TEK. Deze is bedoeld om het verkregen effect te behouden en de lymfafvloed te blijven stimuleren. Er bestaan vele soorten en mate kousen; bij lymfoedeem zal bijna altijd gekozen moeten worden voor een soort "naadkous". Wetenschappelijk onderzoek en (inter)nationale richtlijnen geven hier duidelijke instructies over. Een langdurige nacontrole, begeleiding en follow-up is van belang voor patiënten met lymfoedeem.

Lipoedeem is een aandoening die eigenlijk niets met lymfoedeem te maken heeft. Bij lipoedeem bestaat er een aangeboren afwijking in de opbouw van vetcellen aan met name benen en soms armen. Deze aandoening komt alleen bij vrouwen voor. Bij de beginfase van lipoedeem zal het lymfsysteem normaal functioneren. Als de "vetzwelling" toeneemt, zal naar verloop van tijd ook het aanvankelijk normale lymfsysteem overbelast kunnen raken, waardoor zwelling ontstaan. De klachten van lipoedeem zijn geheel anders dan bij lymfoedeem; de benen zijn pijnlijk, er is vaak spierzwakte en moeheid, vaak blauwe plekken en de voeten zijn slank.

Hoe is de diagnose en behandeling?

Het is belangrijk om een goede diagnose te stellen omdat bij veel vrouwen met lipoedeem wordt gedacht dat de vetophoping alleen komt door overgewicht en teveel eten. Dat is niet waar. Daarnaast wordt de aandoening vaak niet herkend waardoor de patiënt zich miskend voelt en niet serieus genomen.

Nadat een goede diagnose is gesteld en andere aandoeningen uitgesloten kan een behandelplan worden opgesteld. Dit zal vooral bestaan uit;

1. voorlichting en begeleiding
2. spierversterking, reactivering en oefentherapie. Corrigeren van voetstands- en houdingsafwijkingen
3. begeleiding van de voedsel inname, zeker als er een overgewichtcomponent aanwezig is. Een calorische balans (berekenen hoeveel calorieën men eet en hoeveel men verbrand) bepalen
4. (lichte) compressie door bijv. een TEK om pijnklachten aan de benen te verminderen

de resultaten en effecten van de behandeling zullen slechts langzaam zichtbaar worden. Het is belangrijk het behandelplan langdurig vol te houden en het levenspatroon hierop aan te passen. Als alles zo veel mogelijk optimaal is gereguleerd, valt pas te denken aan contourverbeterende ingrepen als liposuctie. Het is goed te bedenken dat deze eventuele ingrepen op de eigenlijke aandoening en bijkomende klachten als hierboven beschreven niet beïnvloeden. De ingreep moet door deskundige artsen worden uitgevoerd om niet een lymfvat beschadiging te krijgen, waardoor een bijkomend lymfoedeem kan worden uitgelokt. Indien er sprake is van spataders, is het belangrijk om te weten dat uit onderzoek blijkt dat een operatieve behandeling hiervan vaak leidt tot meer klachten in plaats van minder. Door het uitvoeren van een langdurig programma kunnen vaak al goede verbeteringen worden verkregen. Voor meer informatie kijk op: www.lymfoedeem.nl

14.15 - 15.00 Manuele lymfdrainage en compressietherapie bij patiënten met overgewicht

E. Kuijper Kuip, huidtherapeut, M. Teeuwen, huidtherapeut

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

In de dagelijkse praktijk worden huid- en oedeemtherapeuten regelmatig geconfronteerd met obese patiënten en (lymf-)oedeem problematiek.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt niet alleen dat lymfoedeem een complicatie kan zijn van overgewicht, maar dat overgewicht ook een nadelige invloed heeft op lymfoedeem. Huidproblemen die worden gezien bij patiënten met overgewicht zijn: acanthosis nigricans, hyperandrogenisme, hyperkeratose, candida-infectie, striae, pigmentatiestoornissen, beenulcera, lymfoedeem en slechte wondgenezing. Bij behandeling van (lymf-)oedeem van patiënten met overgewicht dient men ondermeer de manuele lymfdrainage, apparatieve compressie en ambulante compressie therapie aan te passen om voldoende behandelresultaat te verkrijgen.

Het verdient aanbeveling de bestaande protocollen hier op aan te passen.

15.30 - 16.00 Leefstijlbegeleiding bij ulcus cruris 1e onderzoeksresultaten

M. Heinen, sectie Verplegingswetenschap en Paramedische Wetenschappen

Achtergrond

Ulcus cruris is een vaak chronische complicatie van veneuze insufficiëntie. Het is bekend dat leefstijl van patiënten van invloed is op het ontstaan van een ulcus cruris en stoornissen in de circulatie in het algemeen. Met name beweging en beenoefeningen, en therapietrouw met betrekking tot compressietherapie zijn essentiële elementen in het streven naar genezing van en het voorkomen van het ontstaan van het ulcus cruris. Veel patiënten laten echter een inactieve leefstijl zien en zijn niet of in onvoldoende mate trouw aan het op de juiste manier toepassen van de compressietherapie. De huidige zorg aan deze patiënten geeft geen systematische benadering tot het vergroten van therapietrouw en de mate van beweging.

Doel

Het doel van LEGTEST is het testen van het Lively Legs leefstijlprogramma voor bevordering van therapietrouw op het gebied van compressie en beweging bij patiënten met een ulcus cruris. Effecten worden gemeten op de volgende gebieden:

- 1) Therapietrouw met betrekking tot compressie en beweging.
- 2) Tijd tot het opnieuw ontstaan van een ulcus cruris.
- 3) Kosten-effectiviteit.

Opzet van het onderzoek

Het betreft een multicenter onderzoek met een gerandomiseerde gecontroleerde opzet. Patiënten in het onderzoek (n=180) worden gelijkmatig gerandomiseerd naar de experimentele of de controlegroep. Patiënten in de experimentele groep ontvangen counseling gedurende een periode van 6 maanden, overeenkomstig met het Lively Legs programma. Patiënten in de controle groep ontvangen reguliere zorg. Het includeren van patiënten vindt plaats in een periode van 9 maanden. Data worden verzameld bij inclusie, direct na de interventie periode (na 6 maanden), en vervolgens na 12 en 18 maanden. Kwaliteit van leven wordt aanvullend gemeten (telefonisch) na 3, 9 en 15 maanden

Resultaten

De eerste resultaten van de 0-meting en eerste vervolgmeting zullen worden gepresenteerd alsmede de mogelijkheden voor implementatie van Lively Legs in de reguliere zorg op de polikliniek dermatologie.

16.00 - 16.30 Obesitas lifestylepoli voor o.a. patiënten met lipoeedeem

R.Y. van der Velde, internist-endocrinoloog

Steeds meer mensen hebben te kampen met een te hoog gewicht. De oorzaak hiervoor is gelegen in een combinatie van teveel en verkeerde voeding enerzijds en verminderde beweging zowel op het werk alsook in de privé-sfeer anderzijds. Bij een bodymass index (BMI) tussen 25 en 30 spreekt men van overgewicht; bij een BMI hoger dan 30 spreekt men van obesitas waarbij nog diverse gradaties onderscheiden worden.

Bij een te hoog gewicht neemt de kans op het ontwikkelen van ziekten toe. Het gaat dan met name om hypertensie, dyslipidemie en diabetes mellitus. Deze aandoeningen zijn op zich weer een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

Bij obesitas komt tevens voor: gewrichtsproblemen, klachten van de luchtwegen, vruchtbaarheidsproblemen en problemen bij de bevalling.

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Tenslotte kunnen ook psychische klachten veroorzaakt worden door een te hoog lichaamsgewicht. Ondanks al deze gezondheidsrisico's is het vaak juist om cosmetische redenen dat mensen met overgewicht proberen af te vallen. Vaak doet men dit d.m.v. een dieet.

Met name als men d.m.v. alleen een dieet op korte termijn een belangrijke gewichtsverlies nastreeft, blijkt het succes op lange termijn zeer beperkt.

Redenen hiervoor zijn o.a.:

- Door sterke calorische restrictie zal het lichaam reeds in het begin van de dieetkuur behalve vet ook eiwitreserves in de spieren aanspreken voor verbranding.
- Een deel van het snelle gewichtsverlies wordt verklaard door verlies van water en zouten welke bij start van het normale dieet weer snel op peil komen met hierbij snel stijgen van het gewicht.
- Een dieet met een zeer sterke calorische restrictie wijkt sterk af van het dagelijkse dieet; als patiënten na de dieetkuur weer teruggaan naar een dagelijks " normaal" dieet hebben zij niet geleerd hoe ze op de lange termijn de inname van calorieën op een gezonde manier in balans moeten brengen met de behoefte aan calorieën.
- Belangrijk is ook te bedenken dat de rustverbranding o.a. afhankelijk is van het lichaamsgewicht; als men bijv. 10 kg in lichaamsgewicht afneemt zal dit leiden tot een significante vermindering van de dagelijkse caloriebehoefte; als men dan vervolgens in het oude voedingspatroon terugvalt zal het gewicht hierdoor aanvankelijk nog sneller stijgen.

Een verantwoorde behandeling van overgewicht streeft een geleidelijke vermindering van het gewicht na waarbij aandacht is voor factoren welke het succes op langere termijn bepalen:

- Een gezonde voeding welke deel uit kan maken van een normaal dagelijks dieet.
- Voldoende lichaamsbeweging.
- Veranderen van het gedrag.

In het lifestyle programma van VieCuri Vitaal is er sprake van een multidisciplinaire behandeling. Eerst wordt bij elke cliënt de gezondheidstoestand onderzocht. Ook wordt een inventarisatie gemaakt van de voedingsgewoonten, het gebruik van genotsmiddelen, en het dagelijkse bewegingspatroon. Tevens vindt een lichamelijk onderzoek plaats alsmede eenvoudig laboratoriumonderzoek. De bevindingen worden besproken met de cliënt en er wordt een behandelingsdoel geformuleerd. Tevens worden in dit gesprek reeds eenvoudige adviezen gegeven m.b.t. voeding en beweging.

Vervolgens kan de cliënt instromen in een programma met groepslessen. Dit programma bestaat uit 10 lessen door de diëtiste, fysiotherapeut en/of psycholoog. Deze 10 lessen zijn over een periode van 9 maanden uitgespreid. Doorgaans stromen 12 cliënten per groep in. In deze lessen wordt door de diëtiste de nadruk gelegd op bewustwording van voedingsgewoonten en er wordt veel uitleg gegeven over factoren welke een voeding gezond of ongezond maken. Hierbij is aandacht voor eetmomenten en regelmaat, caloriebalans, vetintake, productkeuze, portiegrootte, voedingsbereiding en voedingspatronen. Tevens worden er adviezen gegeven m.b.t. bijzondere situaties. (bijv. feestje). Ook worden er lessen gegeven in het lezen van etiketten en in de interpretatie van de informatie welke op verpakkingen van voedsel staat. Patiënten krijgen ook huiswerk; soms moeten ze een dag lang bijhouden wat ze gegeten hebben; soms moeten ze opschrijven wat ze in de supermarkt hebben gekocht etc. De fysiotherapeut geeft adviezen m.b.t. gezond bewegen; het gaat hierbij niet alleen om theoretische adviezen maar er worden ook bewegingslessen gegeven in een gymzaal. Vervolgens krijgen de patiënten een stappenteller en een dagboekje en wordt als huiswerk meegegeven in eerste instantie om de beweging in de thuissituatie in kaart te brengen en in tweede instantie om dit gedoseerd uit te breiden. De psycholoog streeft een bewustwording na van gewoonten t.a.v. voeding en beweging. De client krijgt zodoende inzicht in probleemgedrag en krijgt adviezen m.b.t. het aanpakken van probleemgedrag. De patiënt wordt geleerd hoe om te gaan met stressvolle situaties. De patiënt krijgt nog tips t.a.v. hoe te om te gaan met frustraties in het algemeen en in het bijzonder als het af en toe misgaat met de lifestyle verandering. De cliënt wordt geleerd dat iedereen wel eens een zwakke dag heeft en dat een keer verkeerd eten of een keer aankomen niet betekent dat vanaf dan alles maar op zijn beloop moet worden gelaten.

Er wordt geadviseerd een vriend, een vriendin of een echtgenoot dan wel een familielid in te schakelen om te fungeren als een soort buddy. Deze persoon kan de client steunen bij het volhouden van een nieuwe levensstijl. Recent onderzoek heeft ook aangetoond dat de sociale component bij overgewicht van groot belang is. In de presentatie zal ik voorbeelden geven uit de verschillende lessen. Tevens zal een overzicht worden gepresenteerd van de resultaten.

De volgende bedrijven vormen het Nefemed cluster wondbehandeling:

3M Nederland
B.Braun
BSN Medical
Coloplast
ConvaTec
Huntleigh Healthcare
Johnson & Johnson Medical
KCI Medical
Lohmann & Rauscher
Medeco
Mölnlycke Healthcare
Paul Hartmann
Smith & Nephew
Tyco Healthcare

Nefemed: **voor professionals, door professionals!**

Nefemed is de belangenorganisatie van producenten en leveranciers van medische hulpmiddelen. De leden hebben vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid een duidelijke strategische visie op de toekomst van de gezondheidszorg in het algemeen en de rol en bijdrage van de medische hulpmiddelensector daarin in het bijzonder. De leden van Nefemed onderscheiden zich doordat zij zich richten op innovatie: het structureel werken aan verbetering van de producten, in samenwerking met artsen, patiënten en wetenschappers.

NEFEMED)

(GESPREKSPARTNER IN DE GEZONDHEIDSZORG



De leden van het Nefemed cluster wondbehandeling hebben veelal meerdere verpleegkundigen in dienst die de klant (u, de lezer van het WCS-nieuws) en uw klant (de persoon met een wond) kunnen bijstaan met raad en daad. Soms worden deze collega-verpleegkundigen bij de zorg betrokken omdat ofwel "alles al is geprobeerd" ofwel omdat "niemand nog weet waar het heen gaat".

Helemaal eerlijk is het natuurlijk niet om deze collega's steeds weer te confronteren met "vrijwel uitzichtloze" situaties die weleens zijn beschreven als het "worst-kaas-scenario". Ook het lot van menig nieuw product om te worden ingezet in de meest extreme situaties doet niet altijd recht aan de moeite die uw industriële partners nemen om nieuwe producten te ontwikkelen.

En toch gebeurt het vaker dat wij als Nefemed-leden worden betrokken bij een casus, waarvan ook wij schrikken. En vervolgens in goed en professioneel overleg komen tot voorstellen het "anders" te doen. En niet zelden met goede resultaten.....óók in situaties die weleens als "volkomen uitzichtloos" worden omschreven.....

Op de 4 foto's is te zien hoe de wond bij een dame met Diabetes Mellitus (en ten gevolge daarvan een naar voetulcus) tot sluiting wordt gebracht.

Door de aandacht van haar professionals (chirurg, verpleegkundigen, gipsverbandmeester) en de inzet van moderne middelen is hier meer dan een been gered.....

**Voor vragen en/of
opmerkingen zijn wij
bereikbaar: 013-5944342**

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

13.30 - 14.00	De psychologische aspecten bij het dragen van orthopedisch schoeisel	F. Schonagen, orthopedisch schoen-technicus, Harderwijk
14.00 - 14.30	"De acuut rode voet"	E. Manning, wondconsulent/gipsverbandmeester Twenteborg ziekenhuis, Almelo
14.30 - 15.00	"De eerste stap"	V.L.M. Oostendorp- Cornelissen, wonden decubitusconsulent Amphia ziekenhuis, Breda / Oosterhout
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.00	Ulcera en diabetes mellitus	Dr. F.W.J. Leeman, dermatoloog afdeling Dermatologie Universitair Medisch Centrum, Groningen
16.00 - 16.30	De diabetische voet: gipstherapie ja of nee?	Dr. M.H. Nabuurs-Franssen, AIOS Medische Microbiologie CWZ, Nijmegen
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

(dit programma wordt ook op de tweede dag gegeven).

13.30 - 14.00 De psychologische aspecten bij het dragen van orthopedisch schoeisel

F. Schonagen, orthopedisch schoentechnicus

'Goed' schoeisel.... en dan?

Uit onderzoek blijkt dat 19 tot 25 % van de patienten het voorgeschreven schoeisel niet draagt.

Tussen de patienten die wel het voorgeschreven schoeisel dragen en degene die dit niet doen is geen verschil in geslacht, duur van de DM, frequentie van ulcera in de voorgeschiedenis, sociale achtergrond of opleiding aantoonbaar. In 90% van de gevallen is de reden voor het niet dragen van de schoenen van esthetische aard, vaak is dit al redelijk voorspelbaar bij het aanmeten van de schoenen.

Adequaat schoeisel is een vereiste bij het behandelen van ulcera aan de voeten.

Uit onderzoek is ook gebleken dat ongeveer 80 % van de patienten die geen adequate schoenen een recidief ulcus kregen.

Van groot belang is dus het dragen van verantwoord en 'goed' schoeisel die dan ook 'passen' bij de patient.

Met de moderne technieken van tegenwoordig zien we gelukkig steeds mooiere schoenen, zodat de acceptatie van voorgeschreven schoenen beter wordt.

Het blijft wel een kwestie van motiveren en blijven volgen van problematische ulcera.

14.00 - 14.30 De acute rode voet

E. Manning, wondconsulent / gipsverbandmeester

Wondinfectie in het algemeen staat de laatste tijd erg in de belangstelling.

Media aandacht en politieke belangstelling voor wondinfecties hebben ervoor gezorgd dat met name het percentage postoperatieve wondinfecties binnen ziekenhuizen als kwaliteitsindicator wordt gezien.

Niet alleen neemt de laatste jaren de prevalentie toe, maar men is ook bezorgd over de toename van resistente bacteriën en het aantal sepsis gevallen met vaak dodelijke afloop voor de verzwakte patiënt als gevolg van te late herkenning. Tevens stijgen de onkosten enorm bij een wondinfectie.

Duidelijke criteria voor het gebruik van antibiotica en locale antimicrobiële middelen zijn nodig, alsmede gespecialiseerde zorgverleners voor het vroegtijdig herkennen van wondinfecties.

Clinici die zich met wondbehandeling bezig houden hebben een professionele verantwoordelijkheid voor zowel het herkennen van infecties alsmede adequate behandeling.

Om dit goed uit te kunnen voeren hebben we gereedschap en richtlijnen nodig.

Een infectie is een complex probleem.

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

Als we altijd uit konden gaan van rubor, calor, dolor, tumor en functio laesa dan was het eenvoudig om een schema te maken.

Om beter inzicht te krijgen moeten we meer gaan begrijpen van de complexe symptomen en hun interacties.

Cooper (Position document EWMA, 2005); "infectie is het eindresultaat van een complexe interactie tussen de gastheer, organisme, wond en therapeutische interventie".

Herkenning van de eerste symptomen richting wondinfectie.

Herkenning van subtiele kleine veranderingen van de wond zoals toename van exsudaat, pus, temperatuur, veranderende kleur of geur, alsmede toename van pijn kunnen de eerste klinische tekenen zijn van een naderende infectie.

Om dit betrouwbaar te kunnen evalueren is het noodzakelijk dat een wond zoveel mogelijk door éénzelfde (gespecialiseerde) zorgverlener wordt verzorgd.

Als locale en systemische symptomen afwezig, verzwakt of een valkuil zijn .

Kijkend naar de diabetesse voet, komen we nog meer problemen tegen waardoor het nog moeilijker wordt om een infectie te diagnosticeren.

Een acute rode voet hoeft niet altijd een infectie te betekenen.

Oorzaken voor het ontstaan van een ontstekingsreactie zijn:

- 1) Infectie - zich beperkend tot de huid (cellulitis)
- dieper infecties t.g.v. bacteriële penetratie in het weefsel of bot
- 2) Neuro-osteopathie (Charcot)
- 3) Marsfracturen

Voor het ontstaan van een infectie is een defect in de huidstructuur nodig.

Voor het ontstaan een voetulcus zijn drie belangrijke factoren verantwoordelijk, te weten; neuropathie, ischemie en een trauma.

In geval van een slecht ingestelde glucosespiegel treedt een stoornis op in het afweermecanisme (Eron, 1999), waardoor een diabetes patiënt een grotere kans heeft op een wondinfectie.

Symptomen kunnen ontbreken of verzwakt zijn (Falanga, 2005).

Als gevolg van de neuropathie kunnen pijn en roodheid ontbreken.

Neuropathie lijdt tot een gestoorde feedback en vasodilatatie (verwijden van capillaire vaten).

Ischemie lijdt tot afwezigheid van erytheem (geen autolyse in geval van necrose).

Dinh en Veves (2005), hebben aangetoond dat bij micro-angiopathie als gevolg van verharding van de vaatwand een moeizame uittreding plaats vind van leukocyten bij infectie.

Als uiteindelijk de symptomen zich toch manifesteren escaleert het vaak snel.

Milde en ernstige wondinfecties.

Het is belangrijk de definitie en klinische kenmerken van contaminatie, kolonisatie en infectie te kennen in het algemeen.

Moeilijk is de overgang tussen die laatste twee, waar eindigt kolonisatie en waar begint infectie?

Hierdoor is de term "kritische kolonisatie" ontstaan.

In de praktijk word het er alleen maar moeilijker op.

Mede door het kunnen ontbreken van symptomen bij de diabetes patiënt spreken we liever van milde of ernstige wondinfecties.

Mild geïnfecteerde wonden vertonen vaak wat necrose of geen groei van nieuw granulatieweefsel, lichte zwelling, verhoogde temperatuur van de huid rond de wond, soms purulent of toename van wondvocht, geur en roodheid minder dan 2 cm rond de wond (Joseph, 2003).

Ernstig geïnfecteerde wonden zijn vaak diep (met necrose), grauwe kleur, nat, purulent / pus, (ernstige) geur en een cellulitis van meer dan 2 cm rond de wond. Soms is er blaarvorming in de omgeving of zijn er rode vlekken op het onderbeen waar te nemen.

Agressieve wondzorg bij de diabetisch voet.

Kijkend naar het voorafgaande kunnen we concluderen dat het noodzakelijk is om de condities voor het ontstaan van een wondinfectie te verkleinen.

Locale factoren voor het ontstaan van een infectie kunnen zijn; necrotisch weefsel, een gestoorde perfusie van het

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

weefsel, een vreemd lichaam, calluswal of een hematoom.

Een langdurig te lage zuurstofspiegel in het wondbed (hypoxie) geeft kolonisatie van bacteriën (Bowler et al. 2001). Optimalisatie van de weefseldoorbloeding in het wondbed is daarom van essentieel belang bij de behandeling. Dit kan bereikt worden met re-vascularisatie in geval van vaatlijden of frequent scherp debridement bij een adequate bloedcirculatie (agressieve wondzorg).

In geval van een ernstige infectie is een ziekenhuis opname noodzakelijk en antibiotica i.v..

Het vaststellen van een milde infectie is lastiger. Vandaar de wondzorg zoveel mogelijk door éénzelfde gespecialiseerde zorgverlener te laten uitvoeren.

Treedt er duidelijke verandering op in het aspect van het wondvocht (pus), ontstaat er zwelling of roodheid, overweeg dan een breedspectrum antibiotica (oraal) (Position Document EWMA, 2006). Is er een lichte toename van geur of wondvocht en stagnatie van nieuw granulatief weefsel, dan is er plaats voor een lokale antimicrobiële wondbedekker. Mede in geval van resistentie zijn er verschillende antimicrobiële wondbedekkers verkrijgbaar met elk hun eigen specifieke eigenschappen. Zo zijn er producten met toevoeging van zilver, honing of jodium. De madentherapie is een eeuwenoude methode welke bijna vergeten was, maar nu zeer dankbaar bij de behandeling van infecties met resistente micro-organismen.

Samenvattend.

Dankzij het toenemende aantal multi-disciplinaire voetenteams worden wondinfecties sneller herkend of zelfs voorkomen. Uit verkregen cijfers van sterftegevallen als gevolg van een sepsis zal blijken of we op de goede weg zijn wat betreft de nieuwe kwaliteitsnormen.

Een goed hulpmiddel is de richtlijn Diabetische voet van de NIV, het CBO en de NDE, 2006.

Literatuur

1. Bowler PG, Duerden BI, Armstrong DG. 2001. Wound Microbiology and Associated Approaches to Wound Management. *Clinical Microbiology Reviews*, 14. 2:244-269.
2. Dinh T, Veves A., *Curr Pharm Des* 2005; 11: 2301-9.
3. Eron LJ. Targeting Pathogens in Acute Traumatic and Chronic Wounds. *J Emer Med*, 17, 1:189-195, 1999.
4. European Wound Management Association (EWMA). Position document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005.
5. European Wound Management Association (EWMA). Position document: Management of wound infection. = London: MEP Ltd, 2006.
6. Falanga V. Woundhealing and its impairment in the diabetic foot. *Lancet* 2005; 366: 1736-43.
7. Joseph W. 2003. *Handbook of lower Extremity Infections*, 2nd Edition. Churchill Livingstone. 109-125.

14.30 - 15.00 De eerste stap

V.Oostendorp-Cornelissen, decubitus- en wondconsulent

In Nederland en België zijn steeds meer instellingen die starten met een diabetische voetensprekkuur. Maar ook binnen de instelling en bij huisartspraktijken zijn veel patiënten met een diabetische voetulcus (DVU). Oorzaak is dat er zijn steeds meer (jonge) mensen zijn met overgewicht. Hierdoor groeit het aantal patiënten met Diabetes mellitus nog eens extra bovenop de vergrijzing die nu al plaats vindt. Om goede zorg te kunnen leveren aan deze categorie patiënten is het belangrijk een richtlijn te hebben.

Doordat patiënten, specialisten, zorgverzekeraars en de beroepsgroep decubitus- en wondconsulenten zelf steeds meer een beroep doet op Evidence Based Practice (EBP), is deze richtlijn zoveel mogelijk onderbouwd met wetenschappelijk argumenten. Men mag dus veronderstellen dat een richtlijn wondzorg bij een DVU zorgt voor effectievere zorginterventies ter preventie van een voetulcus en het aantal amputaties bij patiënten met diabetes mellitus verminderd (1,2,3). Tevens worden de kosten beheerst (4).

Richtlijn moet worden gevolgd, maar met goede argumenten mag de hulpverlener hiervan afwijken. Protocol moet onder alle omstandigheden worden gevolgd. Niet volgen heeft juridische consequenties. (5).

Bij het zoeken naar richtlijnen over de DVU kwam naar voren dat binnen veel instellingen geen bronvermelding werd vernoemd, laat staat EBP. Het is niet makkelijk een richtlijn te schrijven dat universeel geldig is voor alle verschillende typen wonden die onder het begrip diabetische voet horen en ook nog EBP. Om te voorkomen dat iedere instelling opnieuw een eigen richtlijn gaat schrijven zal in deze presentatie de richtlijn en hieraan gekoppeld een implementatietraject over de invoering van de richtlijn worden toegelicht.

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

Literatuur

1. Donohoe M, Fletton J, Hook A, Powel R, Robinson I, Stead J, Sweeney K, Taylor R, Tooke J. *Improving foot care for people with diabetes mellitus - a randomized controlled trail of an integrated care approach*. Diabetic Medicine 17. 2000; 581-587.
 2. Mc Murray s, Johnson G, Davis S, Mc Dougall K, Diabetes education and care management significantly improve patient outcomes in the dialysis unit. American Journal of Kidney Disease. 2002; 40: 566-575.
 3. Plank J, Haas W, Rakovac I, Gorzer E, Sommer R, Siebenhofer A, Pieber T. *Evaluation of the impact of chropodist care in the secondary prevention of foot ulcerations in diabetic subjects*. Diabetes Care. 2003; 26: 1691-1695.
 4. Acker, van K, Oleen-Burkey M, Decker, de L, Vanmaele R, Schil, van P, Matricali G, Dys H, Leeuw de I. *Cst and resource utilization for prevenion and treatment of foot lesions in a diabetic foot clinic in beglium*. Diabetic research and clinical practice 50. 2000;87-95.
- Opleiding decubitus- en wondconsulent, Erasmus, Rotterdam. Blok 2D Wondzorg en organisatie.

15.30 - 16.00 Ulcera en diabetes mellitus

F.W.J. Leeman, dermatoloog

Het aantal mensen met diabetes met moeilijk te genezen wonden neemt de laatste jaren sterk toe. Hier zijn een aantal oorzaken voor te vinden:

Het aantal oude mensen neemt steeds meer toe door de stijging van de gemiddelde leeftijd. Daarmee stijgt ook het aantal mensen met diabetische voetulcera.

Het aantal mensen met diabetes neemt per jaar met 60.00 mensen toe. Diabetes is daarmee volksziekte 1 geworden. Van alle diabetespatiënten krijgt ongeveer 10% te maken met een diabetisch voetulcus.

Bij een diabetisch ulcus is er sprake van een zeer trage of zelfs geen genezing. Hier zijn een aantal oorzaken voor te vinden:

Een slechte doorbloeding van de huid, verminderde weerstand, de wond is geïnfecteerd, leeftijd van patient, een diepe wond met een groot oppervlak geneest langzamer, de wond wordt te laat opgemerkt (door een slechte visus en verminderde sensibiliteit) .

Een ulcus kan oppervlakkig of diep zijn, wel of niet geïnfecteerd en neuropathische, neuro-ischaeemisch of ischaemisch zijn. De oorzaak van een ulcus is vaak het dragen van verkeerd schoeisel. Tijdens mijn lezing wil ik hier dieper op ingaan.

16.30 De diabetische voet: gipstherapie ja of nee?

M.H. Nabuurs-Franssen, AIOS medische microbiologie

De diabetische voet: Gipstherapie ja of nee?

Voor patiënten met suikerziekte (diabetes) is een wond aan de voet één van de meest gevreesde complicaties door trage wondgenezing (meestal maanden), verlies aan mobiliteit, ziekenhuisopnames en soms een amputatie van teen, voet, onder- of bovenbeen. Men schat dat 25% van alle mensen met diabetes mellitus een voetprobleem ontwikkelt en dat één op de 15 patiënten ooit een amputatie zal ondergaan

De behandeling van voetulcera bestaat uit débridement van de wond, optimale regulatie van de bloedglucoseconcentratie en lokale ontlasting van het ulcus. Zonder een goede drukontlasting van de wond zal deze zeer traag of helemaal niet genezen.

Met behulp van een onderbeensgips kan de druk op de wond verlaagd worden waardoor deze kan genezen. Een 'total contact casting' (gipstherapie) wordt gezien als de gouden standaard in de behandeling van patiënten met een oppervlakkig, niet geïnfecteerd, niet ischemisch plantair neuropathisch voetulcus. Omdat 55% van alle ulcera puur neuropathisch zijn en ongeveer de helft van deze ulcera geïnfecteerd zijn, voldoen in de dagelijkse klinische praktijk minder dan 30% van de patiënten aan deze criteria. Daarom hebben wij bekeken of gipstherapie voor een grotere groep patiënten toepasbaar is.

In deze presentatie zullen de resultaten van deze studie worden getoond. Bovendien zullen praktische adviezen gegeven worden over bij welke ulcera gipstherapie veilig en (zeer) effectief kan worden toegepast en bij welke ulcera gipstherapie niet geschikt is.

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

16.00 - 16.30 De diabetische voet: gipstherapie ja of nee?

M.H. Nabuurs-Franssen, AIOS medische microbiologie

Voor patiënten met suikerziekte (diabetes) is een wond aan de voet één van de meest gevreesde complicaties door trage wondgenezing (meestal maanden), verlies aan mobiliteit, ziekenhuisopnames en soms een amputatie van teen, voet, onder- of bovenbeen. Bovendien komen voetproblemen vaak voor. Men schat dat 25% van alle mensen met diabetes mellitus een voetprobleem ontwikkelt en dat één op de 15 patiënten ooit een amputatie zal ondergaan. Bovendien gaan voetproblemen gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg. Hoewel per jaar slechts \pm 4% van alle diabetes patiënten een voetulcus heeft, beslaan de kosten van het diabetisch voetprobleem 12-15% van het totale budget dat wordt uitgegeven aan diabeteszorg. Tenslotte zijn diabetisch voetulcera een zware belasting voor zowel de patiënt als zijn of haar omgeving.

Ondanks het feit dat het ulcus op zichzelf vaak weinig symptomen geeft, zijn de consequenties van het ulcus zeer ingrijpend. Wij hebben gevonden dat voetulcera de kwaliteit van leven van zowel de patiënt als zijn verzorger sterk verlagen (vergelijkbaar met borstkanker). Genezing van het ulcus resulteert in een sterke toename van de kwaliteit van leven in vergelijking met een een progressieve afname van de kwaliteit van leven indien het ulcus blijft bestaan. Deze data impliceren dat het belangrijk is om het ulcus zo snel mogelijk te genezen. Daarnaast is een voetulcus een zware belasting voor de om directe omgeving van de patient.

In de dagelijkse klinische praktijk is het essentieel, dat voordat de behandeling wordt gestart, er een volledige evaluatie van het voetulcus plaatsvindt voor een goed verloop van het diagnostische proces en behandeling. De clinicus zou de ulcus karakteristieken (plaats, grootte en diepte), de oorzaak van het ulcus (biomechanische evaluatie), de onderliggende pathologie (ischemie, neuropathie) en de mogelijke complicaties van het ulcus (infectie) moeten evalueren.

De behandeling van voetulcera bestaat uit débridement van de wond, optimale regulatie van de bloedglucoseconcentratie en lokale ontlasting van het ulcus. Zonder een goede drukontlasting van de wond zal deze zeer traag of helemaal niet genezen. Met behulp van een onderbeensgips kan de druk op de wond verlaagd worden waardoor deze kan genezen. Een 'total contact casting' (gipstherapie) wordt gezien als de gouden standaard in de behandeling van patiënten met een oppervlakkig, niet geïnfecteerd, niet ischemisch plantair neuropathisch voetulcus. Omdat 55% van alle ulcera puur neuropatisch zijn en ongeveer de helft van deze ulcera geïnfecteerd zijn, voldoen in de dagelijkse klinische praktijk minder dan 30% van de patiënten aan deze criteria. Daarom hebben wij bekeken of gipstherapie voor een grotere groep patiënten toepasbaar is. Zoals ook in andere studies werd aangetoond, bereikten wij goede helingspercentages (90% van de patiënten) bij patiënten met puur neuropatische ulcera, met een mediane tijd-tot-genezing van 18 dagen. Deze helingstijd is aanmerkelijk korter dan meestal wordt aangenomen. Een nieuwe bevinding was dat ook patiënten met een oppervlakkige infectie of matig perifeer vaatlijden effectief en veilig behandeld kunnen worden met gipstherapie. Een oppervlakkige infectie had geen effect op het genezingspercentage in deze studie en mild perifeer vaatlijden ging gepaard met een lichte daling, maar nog steeds goede genezingspercentages (69%). Maar bij patiënten met zowel mild perifeer vaatlijden als een oppervlakkige infectie en bij patiënten met een hielulcus werden slechte genezingspercentages bereikt. Voor deze patiënten groepen is gipstherapie ons inziens ongeschikt en zal voor een andere vorm van drukontlasting gekozen dienen te worden. Met intensive controles bleken er weinig gipscomplicaties op te treden; uit angst voor deze complicaties wordt gipstherapie helaas nog weinig toegepast.

Een recent Maastrichts/Europees onderzoek liet zien dat slechts 3% van de diabetische voet patiënten wordt behandeld met total contact casting. Met ieder been dat behouden wordt, neemt het aantal benen dat zou kunnen ulcereren toe en is het recidief ulcus, recidief percentages van ongeveer 70% in 5 jaar, een groot probleem voor zowel de patiënt als het zorgsysteem. In een tweede gipstherapie hebben wij gekeken naar herhaaldelijk gipsen. Er werden geen verschillen in genezingspercentage en genezigingssnelheid gevonden bij herhaaldelijk toepassen van gipstherapie en er werd een (lichte) afname van het aantal complicaties gevonden.

Het aantal mensen dat op jongere leeftijd diabetes mellitus ontwikkelt, groeit almaar. Daardoor zal het aantal voetulcera toenemen en zullen deze ook meer optreden bij mensen in een levensfase waarin zij actief zijn en deelnemen aan de arbeidsmarkt. Om meer ulcera, in kortere tijd te genezen, zal gipstherapie vaker toegepast moeten worden. Deze behandeling vereist wel expertise, zorgvuldige follow-up en moet een onderdeel zijn van een multidisciplinaire aanpak, waarbij meerdere disciplines zijn betrokken. Bovendien zouden nieuwe therapieën die voetulcera voorkomen, ontwikkeld moeten worden.

COMBICARE

VERZEKERT U PROFESSIONELE BEGELEIDING



Bel voor advies of bestellingen met
onze deskundige medewerkers:
0800 – 6 226 226

Wondzorg: geprotocolleerd werken

De specialistisch verpleegkundigen van CombiCare komen bij de advisering en begeleiding van stoma- en incontinentiepatiënten al jaren wondproblemen tegen. Deze ervaring gecombineerd met specifieke scholing en productkennis zorgen dat CombiCare ook voor wond een belangrijke rol als leverancier vervult.

CombiCare biedt specialistische oplossingen voor de behandeling van chronische wonden en complexe chirurgische wonden. Voor de begeleiding van het materiaalgebruik en voor individuele vragen staan onze gespecialiseerde verpleegkundigen iedere dag paraat.

Kenmerken CombiCare:

- Gespecialiseerde verpleegkundigen
- Merkonafhankelijk
- Levering materialen binnen 1 werkdag
- Directe verrekening met de zorgverzekeraar
- Handzaam productoverzicht

Wilt u meer weten over onze producten of werkwijze:
Bezoek onze website: www.combicare.nl

COMBICARE
DE NATUURLIJKE KEUZE

COMBICARE
medische hulpmiddelen



Verpleegkundigen

Verzorgenden

Presentaties

Het V&VN-congres komt er aan!

Inspiratie

Kwaliteit

Informatie

Visie

Zorgprofessionals

Loopbaan

Collega's

Harde keuzes in een zacht beroep

Goed en veilig verplegen en verzorgen

7 februari 2008, Jaarbeurs te Utrecht
Meer informatie op www.venvn.nl/congres


v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

SPECIALE CONGRESAANBIEDINGEN



NEEM NU EEN ABONNEMENT OP HET KWARTAALTIJDSCHRIFT WCS NIEUWS. NORMAAL € 30,- (EX 6% BTW), NU VOOR € 25,- (EX 6% BTW).

BIJ EEN ABONNEMENT KRIJG JE EEN HEUSE WCS USB STICK (256 MB) CADEAU.



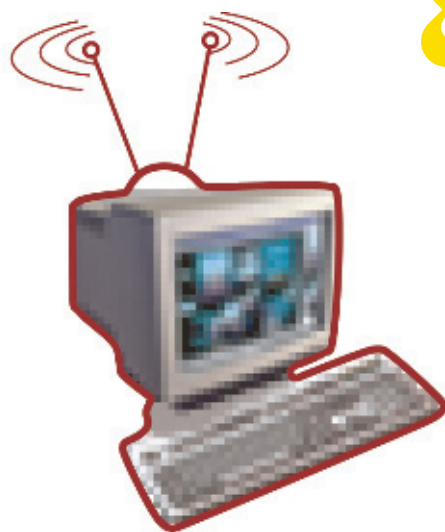
KOOP NU HET WCS WONDENBOEK. NORMAAL € 44,- (EX 6% BTW), NU VOOR € 30,- (EX 6% BTW).

INFORMATIE AAN DE WCS STAND (STANDNUMMER 26) IN DE EXPOZAAL.



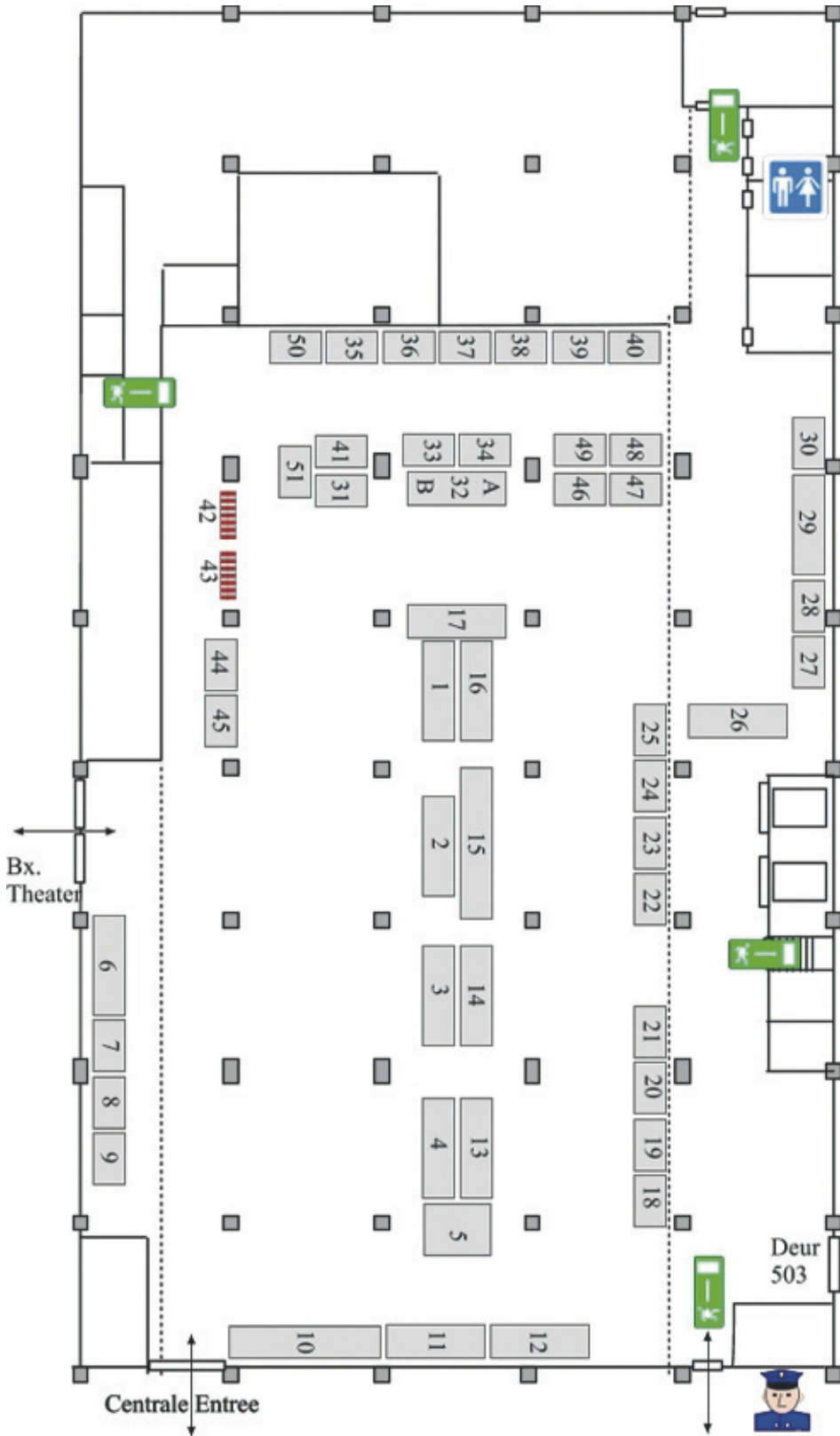
BIJLAGE 2: OVERZICHT STANDINDELING EXPOZAAL CONGRES 2007

STAND-NUMMER	BEDRIJF	STAND-NUMMER	BEDRIJF
1.	Johnson & Johnson	27.	Bohn Stafleu Van Lochem
2.	Hartmann	28.	DWC (V&VN)
3.	Medeco	29.	Joerns
4.	Huntleigh Healthcare	30.	Ned. Verg. Obesitas
5.	Lohman & Rauscher	31.	LEVV
6.	Coloplast	32 A	Doove Medical
7.	Meda Pharma	32 B	Doove Obesicare
8.	Smith & Nephew	33.	Eurotec
9.	Medi Nederland	34.	Bap Medical
10.	Laprolan	35.	MedEllens
11.	Biomet	36.	Mathot
12.	BSN	37.	MSH
13.	Maxxcare	38.	Acertys
14.	Urgo	39.	Bos Medical Products
15.	3M	40.	Nestlee Nutrition
16.	KCI	41.	Convatec (2)
17.	Convatec (1)	42.	Able2
18.	Varitex	43.	Bauerfeind
19.	Molnlycke	44.	Hillrom
20.	Wellform	45.	MediReva
21.	Dermaprof	46.	Tyco
22.	Distrac	47.	B.Braun
23.	Biologiq	48.	SOZL
24.	RVS	49.	Beldico
25.	Combicare	50.	TCCN
26.	WCS Nederland	51.	Archimed



**VOOR MEER INFO
ZIE ONZE WEBSITE**

WWW.WCS-NEDERLAND.NL



Expozaal
 Kolom
Project: W.C.
Datum: 20/21 nov. 2007
Tekening door Fred van Beuningen

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 716

13.30 - 13.50	Toxische Epidermale Necrolyse (TEN)	R. van Soest, teamleider Brandwondencentrum Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
13.50 - 14.10	Gelaatsverbrandingen en behandeling in Europa	Dr. M.K. Nieuwenhuis, programma coördinator Klinisch Onderzoek Martiniziekenhuis, Groningen
14.10 - 14.30	Brandwonden bij patiënt met obesitas (casus uitwerking plenaire sessie)	C.M. Rozemeijer, verpleegkundige Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
14.30 - 14.50	"Jeuk de baas"; studie en ervaring met een vochtregulerende crème.	H.J. van Kempen, verpleegkundige/huidtherapeut, Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
14.50 - 15.00	Vragen en discussie	
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.30	Workshop: Diverse verbandtechnieken bij patiënt met obesitas	R.S. van Komen, verpleegkundig specialist Brandwondencentrum Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

13.30 -13.50 Toxische epidermale necrolyse

R.van Soest, teamleider

Toxische epidermale necrolyse (TEN) is een ziektebeeld waarbij de huid door gebruik van bepaalde medicijnen, op basis van onderliggend leiden of door onbekende oorzaak loslaat. De patiënt verliest veel vocht en is gevoelig voor infecties. De mortaliteit van dit ziektebeeld is hoog: 20 tot 50% en hangt samen met de oorzaak van de epidermolysen, het percentage aangedane huid, het optreden van complicaties en de leeftijd van de patiënt.

Er zijn naast TEN een aantal ziektebeelden die ook met erytheem en loslating van de huid gepaard gaan, zoals het syndroom van Stevens-Johnson. Het is moeilijk een verschil tussen deze ziektebeelden aan te tonen. De behandeling is over het algemeen hetzelfde.

Dit indrukwekkende en levensbedreigende ziektebeeld vraagt voor de familie en de patiënt voor begeleiding van verpleegkundigen. De patiënt voelt dat de huid los ligt en heeft het idee dat hij 'levend gevild' wordt. Dit gevoel, samen met de wetenschap dat de kans op infectie groot is en daardoor het risico van overlijden aanwezig is, brengt veel angst en onrust mee.

Er is meestal een goede genezing van de huid, littekenvorming is zeldzaam, maar komt wel voor met name bij het negroïde ras. Wel worden bij jongvolwassenen en kinderen soms verscheidene goedaardige naevi gezien. Ook is het mogelijk dat de huid pigmentverschuiving gaat vertonen, waardoor de patiënt er enigszins gevlekt uit komt te zien. Er kan tot zes maanden na de ziekte haaruitval optreden. Soms gaan ook vinger- en teennagels tijdelijk verloren.

De behandeling bestaat uit nauwkeurige bewaking, afwachten en zorgen dat de patiënt door vochtverlies niet in shock raakt en geen infectie oploopt. Deze patiënten lenen zich voor behandeling in een brandwondencentrum. Als de genoemde complicaties niet optreden, zal na verloop van tijd de huid zich herstellen en worden de meeste patiënten zonder restverschijnselen ontslagen.

13.50 - 14.10 Gelaatsverbrandingen en behandeling in Europa

M.K. Nieuwenhuis, programma coördinator

Gezien het ontbreken van gegevens en literatuur over de behandeling van gelaatsverbrandingen, is in 2005 een inventarisatie gedaan naar 'the standard of care' van gelaatsverbrandingen in de Europese Brandwonden centra.

Een vragenlijst met betrekking tot de primaire, topicale en operatieve behandeling van gelaatsverbrandingen van gedeeltelijke en volledige dikte werd opgesteld. Deze vragenlijst is vervolgens gestuurd naar alle in 2004 bij de European Burn Association aangesloten brandwondencentra. In totaal hebben 88 van de 192 centra (46%) de vragenlijst geretourneerd.

Uit de resultaten komt naar voren dat er weliswaar (heel) veel verschillende middelen aangewend worden voor de

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 716

behandeling van gelaatsverbrandingen, maar de algemene tendens is topicale behandeling met een antibacterieel middel. Het moment waarop gelaatsverbrandingen geopereerd worden, verschilt echter in belangrijke mate. Om te komen tot optimale zorg, is onderzoek nodig naar de outcome van de behandeling met verschillende topicale middelen en met name ook de timing van de chirurgische interventie bij brandwonden in het gelaat.

14.10 - 14.30 Brandwonden bij patiënt met obesitas

C.M. Rozemeijer, verpleegkundige

Casus van patiënt met overgewicht en brandwonden.

Hoe kan de zorg voor een brandwondenpatiënt met overgewicht worden verlicht?

Casus: een adipeuze mevrouw met 2e en 3e graads heetwater verbranding van de rug en billen wordt gepresenteerd op de afdeling.

Welke verpleegproblemen kunnen we tegen komen in deze casus, hoe groot is de complexiteit van zorg en wat kan een multidisciplinair team bieden?

14.30 - 14.50 " Jeuk de baas"

H.J. van Kempen, RN, BHSc¹, drs. J. Dokter², drs. I.M.M.H. Oen³

Achtergrond

Eerste resultaten van onderzoek wijzen erop dat jeuk bij brandwonden een probleem is van "Body and Mind", maar het blijft een complex probleem en de precieze mechanismen zijn nog onbekend. Gedurende de wondgenezing ontstaat er jeuk en die kan soms enorm hinderlijk zijn. In november 2006 is een vochtregulerende gel-crème geïntroduceerd. Deze gel-crème kan naast een hydraterende en versoepelende werking ook bijdragen tot een afname van jeuk.

Materiaal en methode

Gedurende een half jaar is op de polikliniek van het Medisch Centrum Rijnmond -Zuid bij patiënten met littekens na brandwonden geïnformeerd naar jeukklachten. Met de Visuele Analoge Thermometer en Numeric Rating Scale is naar een score gevraagd voor jeukbeleving. Een nul is geen jeuk en een tien is de meest ondenkbare jeuk. Na deze score werd de patiënt geïnformeerd over de gel-crème en werd hiermee gestart. De patiënt werd poliklinisch of telefonisch voor follow-up vervolgd gedurende vijf meetmomenten.

Resultaten

Van november 2006 tot en met april 2007 vindt deze studie plaats. In deze pilot hebben 51 patiënten deelgenomen. De gemiddelde leeftijd van de groep is 36.6 jaar (2-81). Aan deze studie hebben 26 patiënten van het mannelijk geslacht en 25 patiënten van het vrouwelijk geslacht meegedaan. De VAT score bij aanvang is 6.7 (0-10) na 1 week 3.5 (0-7) en na twee weken 3.6 (0-9). Na 1 maand is de mean 2.5 (0-8) en na 3 maanden is de mean VAT/NRS 2.4. Behalve dat de volwassen patiënt en het oudere kind met een lagere VAT score duidelijk een verbetering aangeven; vertellen ouders van jongere deelnemers dat hun kind rustiger is geworden of een betere nachtrust heeft en dit geldt dan niet alleen voor het kind. Naast jeuk vermindering wordt ook aangegeven dat het litteken zachter lijkt te worden.

Conclusies

Door telefonische follow-up zijn helaas data gemist. Echter onze ervaring is dat voor een groep patiënten met jeukklachten na een verbrandingsletsel deze gel-crème een bijdrage levert aan afname van jeuk wat hopelijk kan bijdragen aan een verbetering in kwaliteit van leven. onderzoek hiernaar zal worden gedaan. WANT JEUK JE WORDT ER GEK VAN !!!!!

verpleegkundige/huidtherapeut¹, medisch coördinator², onderzoeksarts³ brandwondencentrum MCRZ

14.50 -15.00 Vragen en discussie

15.30 - 16.30 Workshop: Diverse verbandtechnieken bij patiënt met obesitas

R.S. van Komen, verpleegkundig specialist

GPS[®] Systeem wonden genezen beter met GPS[®]

- Autoloog en inductief
- Veilig en eenvoudig toepasbaar
- Sneller herstel met minder pijnklachten

Kijk op www.biomet.nl voor meer informatie

Spine

Trauma

Care Concepts

Biologics

Cement

Orthopedics

*Drukvermindering en
drukontlasting*

*Minder wrijf- en
schuifkrachten*

*Regulering van de
vochtigheidsgraad en
temperatuur van de
huid*

*Behandeling van
oedeem*

TheraKair® Visio™

"De Stille Kracht"

Low Air Loss pulsatietherapie met GORETEX® MF

theraKAI^R
VISIO



KCI
The Clinical Advantage

Neem voor meer informatie contact op met: **KCI Medical B.V.**, Postbus 217 3990 GA Houten. Telefoon: (030) 635 58 85. www.kci-medical.com

© 2007, KCI Licensing, Inc. Alle rechten voorbehouden. Alle in dit document aangegeven handelsmerken zijn eigendom van KCI, aan haar gelieerde bedrijven en licentieverleners. De met het "®" of "TM" symbool aangegeven KCI-handelsmerk zijn gedeponeerd in ten minste één land waar dit product/dienst wordt aangeboden, maar niet noodzakelijkerwijs in al deze landen. De meeste in dit document genoemde KCI-producten worden door octrooien gedekt of er zijn octrooien voor aangevraagd. GORE-TEX® is een handelsmerk van W.L. Gore & Associates.

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 712

13.30 - 13.50	"Ascitisdrainage thuis"	R. Dubbelman, nurse practitioner chemo-radiotherapie Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
13.50 - 14.00	Casus "Kanker in het hoofd/halsgebied" Benadering vanuit intra- en extramuraal	M. Keijzer, wond-stoma verpleegkundige Aveant Expertisecentrum Thuiszorg, Utrecht H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie UMC St. Radboud, Nijmegen
14.00 - 14.30	Bespreken van de casus gerelateerde wondverzorgingsproblematiek en het aandragen van oplossingen	M. Keijzer, wond-stoma verpleegkundige Aveant Expertisecentrum Thuiszorg, Utrecht H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie UMC St. Radboud, Nijmegen
14.30 - 15.00	(Onder)voeding en wondgenezing	H. Wierda, diëtist UMC St. Radboud, Nijmegen
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.00	De rol van voeding bij het ontstaan van kanker.	Dr.Ir. Mw Sandra Bausch-Goldbohm, Senior onderzoeker TNO Delft
16.00 - 16.30	Plastische chirurgie bij oncologische patiënten	Dr. J.J. Hage, plastisch chirurg Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis Amsterdam
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

(dit programma wordt ook op de tweede dag gegeven).

13.30 - 13.50 "Ascitisdrainage thuis".

R. Dubbelman, nurse practitioner chemo-radiotherapie Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam

Onder ascites wordt een pathologische vochtophoping in de peritoneaalholte verstaan. De meest voorkomende oorzaak van ascites bij kankerpatiënten zijn peritonitis carcinomatosa, massale metastasering in de lever, obstructie van de vena cava inferior of de vena hepatica door tumorgroei of beschadiging of obstructie van lymfevaten en metastasering in het peritoneum -

Door de grote hoeveelheid vocht in de buikholte ontwikkelen de patiënten klachten als misselijkheid, problemen bij de ademhaling, beperkte mobiliteit en gebrek aan eetlust. Om de buikholte te ontlasten moet de patiënt regelmatig naar het ziekenhuis komen voor paracentese d.w.z. een ascitespunctie.

Ascites vorming en de daarvoor benodigde paracentese in het laatste stadium van de ziekte kanker heeft een negatieve invloed op het welzijn van de patiënt en maakt de patiënt in hoge mate afhankelijk van het ziekenhuis.

Er worden, naast paracentese, diverse andere methoden onderzocht om de ascites te draineren. Een van die methoden is het inbrengen van een zogenaamde PleurXcatheter.

De PleurXcatheter is een drainagesysteem dat oorspronkelijk is ontwikkeld voor de drainage van pleuravocht.

Sinds eind 2002 loopt er een studie in het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) naar de toepassing van de PleurXcatheter voor ascites.

Er wordt o.a. onderzoek gedaan naar de complicaties van de PleurXcatheter, hoelang de catheter in situ blijft, of voorkomen kan worden dat patiënten in de palliatieve/terminale fase van hun ziekte regelmatig naar het ziekenhuis moeten komen voor paracentese en de invloed op het welzijn van de patiënt.

Tot nu toe zijn er 48 patiënten geënterd in de studie, 33 vrouwen en 15 mannen met verschillende vormen van kanker.

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 712

In de presentatie zal aandacht geschonken worden aan de praktische en logistieke organisatie, de ervaringen van de patiënt en de resultaten van het onderzoek.

13.50 - 14.00 Casus "Kanker in het hoofd/halsgebied". Benadering vanuit intra- en extramuraal

M. Keijzer, wond-stomaverpleegkundige, H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie

14.00 - 14.30 Bespreken van de casus gerelateerde wondverzorgingsproblematiek en het aandragen van oplossingen

M. Keijzer, wond-stomaverpleegkundige, H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie

14.30 - 15.00 (onder)voeding en wondgenezing

H. Wierda, diëtist

Energie- en eiwitondervoeding is een veelvoorkomend probleem bij de oncologische patiënt. Afhankelijk van de meetmethode, leeftijd en het soort tumor ligt de prevalentie tussen de 30-85%. De meeste patiënten hebben al gewicht verloren voordat de diagnose is gesteld en 45% van de patiënten verliest tijdens het ziekteproces meer dan 10% van het oorspronkelijke gewicht.

Met screeningslijsten als de MUST en de SNAQ kan een risicoscore op het ontwikkelen van ondervoeding worden vastgesteld.

In de curatieve setting is het voorkomen en het behandelen van ondervoeding van essentieel belang.

De ondervoede patiënt heeft een groter risico op complicaties van chirurgie zoals een vertraagde wondgenezing, groter infectierisico. Een goede voedingstoestand heeft ook positief effect op de frequentie, ernst en duur van de bijwerkingen van radiotherapie en chemotherapie. Kwaliteit van leven wordt hierdoor ook positief beïnvloed. In de curatieve setting is het doel van de voedingsbehandeling dan ook altijd het handhaven dan wel verbeteren van de voedingstoestand.

In de palliatieve setting waarin er geen behandeling van de patiënt meer plaatsvindt, heeft de voedingsinterventie een heel ander doel. Voedingsinterventie is primair gericht op het maximaal welbevinden en het oplossen en/of om kunnen gaan met voedingsgerelateerde klachten. Handhaven van de voedingstoestand is niet uitgesloten, maar heeft vaak geen prioriteit.

Aan de hand van een casus worden tijdens de sessie de noodzaak, doelen en interventies van voeding in zowel de curatieve als palliatieve setting toegelicht.

15.30 - 16.00 De rol van voeding bij het ontstaan van kanker.

Dr.Ir. Mw Sandra Bausch-Goldbohm, Senior onderzoeker TNO Delft

16.00 - 16.30 Plastische chirurgie bij oncologische patiënten

J.J. Hage, plastisch chirurg

We weten wat niet werkt...



...en wat wel



Soms is de wondgenezing zichtbaar vertraagd. Veel vaker nog, zal dit niet heel duidelijk zijn omdat het micromilieu verstoord is. Bacteriën en proteasen zorgen voortdurend voor afbraak en essentiële groeifactoren komen slechts moeizaam aan opbouw toe. Al snel wordt dan geaccepteerd dat gecompliceerde wonden nou eenmaal traag genezen.

PRISMA

Producten			Z-index code
PS2028	28cm ²	10 stuks	15086909
PS2123	123cm ²	10 stuks	15086798

Dit hoeft echter niet! Prisma zorgt voor een wetenschappelijk bewezen, snellere wondgenezing¹.

Door actieve interventie in het micromilieu zorgt u voor de ideale omstandigheden, leidende tot een snellere genezing.

- ✓ Neutraliseert schadelijke proteasen²
- ✓ Doodt klinisch relevante bacteriën^{3,4,5}
- ✓ Beschermt actief groeifactoren^{3,4,5}

Voor meer informatie: Johnson & Johnson Medical BV Telefoon: 033 450 05 00 Fax: 033 450 05 05 E-mail: jnjcsmed@mednl.jnj.com

1. Vin F, Teot L, Meaume S.J., J Wound Care. 2002; 11(9):335-341 2. Cullen B, Smith R, McCulloch E, Silcock D, Morrison L, Wound Rep Reg. 2002;10:16-25 3. Gregory SJ, Rennison T, Cullen B, Wound Rep Reg. 2005;13(2): A23: abstract 078 4. Gregory SJ, Boyle J, Rennison T, Cullen B, Wound Rep Reg. 2005;13(2): A23: abstract 079 5. Gregory SJ, Boothman S, Cullen B, Wound Rep Reg. 2005;13(2): A22: abstract 074. ©2007 Johnson & Johnson Medical BV.

SPONSORPROGRAMMA VAN HARTMANN

ZAAL 320

13.30 - 15.00	'De sensatie van de beste combinatie...' (Theorie)	F. Meuleneire, Verpleegkundig Wond-expert, Wondcentrum, AZ St Elisabeth, Zottegem, België
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.30	'De sensatie van de beste combinatie...' (Praktijk/workshop)	F. Meuleneire, Verpleegkundig Wond-expert, Wondcentrum, AZ St Elisabeth, Zottegem, België
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	



SPONSORPROGRAMMA VAN JOHNSON & JOHNSON

ZAAL 312

13.30 - 15.00	Johnson & Johnson Wound Management organiseert een interactieve parallelsessie op het WCS congres. In deze sessie zullen aan de hand van stellingen en actuele thema's aangaande wondzorg discussies worden gevoerd waarbij de aanwezigen actief mee kunnen doen. Hieraan wordt door een panel van deskundigen bijgedragen die vanuit hun eigen invalshoek en expertise op de stellingen zullen reageren. De thema's die aan bod komen kunnen zeer breed zijn en kunnen gaan van de huidige wondzorgpraktijk naar de toekomst van wondzorg tot aan overheidsbeleid aangaande wondverzorging. Indien u als deelnemer tijdens de sessie een en ander mede wilt bepalen of het definitieve programma wilt inzien, meldt u zich dan tijdens het congres bij de stand van Johnson & Johnson om u ervan te overtuigen dat het zinvol is om deel te nemen.	F. Manders en R. Legerstee, Johnson & Johnson
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.30	Vervolg programma Johnson & Johnson	F. Manders en R. Legerstee, Johnson & Johnson
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

SPONSORPROGRAMMA VAN COLOPLAST

ZAAL 714

13.30 - 14.00	Kennisquiz Wondpijn	W. Ruigrok van der Werven, MA Nurse Practitioner dermatologie Albert Schweitzer Ziekenhuis, Zwijndrecht
14.30 - 15.00	Kennisquiz Wondpijn	Wilma Verbeek, wond- en decubitus-consultant (onder voorbehoud) UMC St. Radboud, Nijmegen
15.00 - 15.30	Pauze	
15.30 - 16.00	Kennisquiz Wondpijn	Nog niet bekend
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	



Coloplast

SPONSORPROGRAMMA VAN MEDA PHARMA

ZAAL 314

	<p>Er is binnen de wondverzorging steeds meer nadruk komen te liggen op evidence based practice. De sessie van Meda Pharma is er dan ook op gericht de fabels binnen de wondverzorging in kaart te brengen en deze te onkrachten met de evidence die hier over aanwezig is.</p> <p>Veel antiseptica worden al jaren toegepast. In deze jaren is er ook een veelheid aan meningen ontstaan over antiseptica. Zijn dit nu echter meningen gebaseerd op fabels of meningen gebaseerd op feiten. Door middel van stellingen zullen deze fabels en feiten interactief worden besproken.</p>	
13.30 - 15.00	De feiten en fabels rondom antiseptica	Dr. H. Vermeulen, verpleegkundige, klinisch epidemioloog en werkzaam als postdoc bij het Amsterdams Centrum voor Evidence-Based Practice, AMC Amsterdam en Universitair Docent bij de Amsterdam School of Nursing, Amsterdam
15.00 - 15.30	Pauze	
	<p>Binnen de wondverzorging zijn er de laatste jaren veel nieuwe introducties geweest aan verbandmiddelen en technieken. Er zijn meestal geen scherpe protocollen aanwezig, welke middelen nu wanneer moet worden ingezet. In de keuze tussen deze middelen is het, naast praktijkervaring, belangrijk te weten welke gebaseerd zijn op aannames en welke daadwerkelijk gebaseerd zijn op feiten. Voor welke middelen is nu duidelijk evidence aanwezig over de effectiviteit? Ook dit gedeelte van de sessie zal een interactief karakter hebben, waarbij de feiten en ervaringen zullen worden getoetst met behulp van stellingen</p>	
15.30 - 16.30	De feiten en fabels rondom wondverzorging	Dr. D. Ubbink, klinisch epidemioloog en directeur van het Amsterdams Centrum voor Evidence-Based Practice, AMC Amsterdam
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	

MEDA



vochtregulerend...



Suprasorb® X

**Het eerste wondverband dat tegelijkertijd
vocht kan opnemen *en* afgeven.**

Suprasorb® X is als enige wondverband in staat zowel vocht af te geven als op te nemen. Geheel naar behoefte. Zelfstandig. Gelijktijdig. Suprasorb® X regelt de vochtbalans van licht tot middelmatig exsuderende en droge wonden. Met de unieke structuur van biosynthetische HydroBalance vezels.

Een nieuwe technologie zorgt voor de innovatie in vochtige wondzorg: Suprasorb® X.

Natuurlijke Hydrobalance met Suprasorb® X. Alleen van L&R.

036-5463020
www.lohmann-rauscher.nl
info@nl.Lrmed.com

PROGRAMMA WCS ACADEMY 2008



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. de 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 de cursist een certificaat.

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 370,- inclusief reader, WCS-Wondenboek en lunch.

Niet abonnees: € 400,- inclusief reader, WCS-Wondenboek en lunch.

DATA IN 2008:

Leiden:	8 januari - 15 januari - 22 januari
Leiden:	29 januari - 5 februari - 12 februari
Leiden:	4 maart - 11 maart - 18 maart
Leiden:	18 maart - 25 maart - 1 april
Leiden:	3 juni - 10 juni - 17 juni
Leiden:	2 september - 9 september - 16 september
Leiden:	23 september - 30 september - 7 oktober
Leiden:	25 november - 2 december - 9 december
Nijmegen:	13 mei - 20 mei - 27 mei
Groningen:	3 september - 10 september - 17 september

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 de cursist een certificaat.

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 325,- inclusief reader, WCS-Wondenboek en lunch.

Niet abonnees: € 336,- inclusief reader, WCS-Wondenboek en lunch.

DATA:

Leiden: 23 en 30 september 2008

CURSUS PIJNBESTRIJDING BIJ WONDBEHANDELING

INHOUD VAN DE CURSUS:

- Aanleren van kennis en vaardigheden 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 de cursist een certificaat.

KOSTEN:

Abonnees WCS Nieuws: € 170,- inclusief reader, WCS-Wondenboek en lunch.

Niet abonnees: € 183,- inclusief reader, WCS-Wondenboek, lunch.

DATUM:

Leiden: 13 mei 2008

CURSUS 'AANDACHTVELDERS DECUBITUS'

DOEL VAN DE CURSUS:

- Verpleegkundigen bijscholen tot aandachtsvelder op het gebied van 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.

CURSUS 'AANDACHTVELDERS DECUBITUS'

DOEL VAN DE CURSUS:

- Het leren in gang 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: € 325,- inclusief reader, WCS-Wondenboek en lunch.

Niet abonnees: € 342,- inclusief reader, WCS-Wondenboek en lunch.

DATA:

Leiden: 5 en 26 februari 2008

Leiden: 1 en 22 april 2008

Leiden: 3 en 24 juni 2008

Zwolle: 9 en 30 september 2008

Zwolle: 4 en 25 november 2008

INCOMPANY TRAINING

Dit is mogelijk op aanvraag. Op uw eigen locatie een training op maat.
Informatie hiervoor bij de WCS Academy.

AANMELDING

Het aantal deelnemers voor alle vermelde cursussen is vastgesteld op maximaal 25. Voor alle cursussen kunt u uw voorkeur opgeven voor een bepaalde maand of datum. Afhankelijk van het aantal aanmeldingen zult u in een cursusgroep worden ingedeeld. Binnen 1 maand na aanmelding ontvangt u een bevestiging van inschrijving.

Aanmelding kan ook via het WCS secretariaat, tel: 0252-223392 of via E-mail: info@wcs-nederland.nl.

U kunt zich ook schriftelijk aanmelden door een brief te richten aan:

WCS OPLEIDINGEN
ANTWOORDNUMMER 10259
2300 VB LEIDEN

Bij afmelding voor de cursus vindt restitutie van het cursusgeld plaats tot één maand voor aanvang van de cursus.



Nieuw

Versiva[®] XC[™]
Gelerend foamverband

Ervaar wat gelerend foamverband voor uw patiënt kan doen!

Nieuwe Versiva[®] XC[™]
Gelerend foamverband –
Het enige verband met de
voordelen van gelerend foam,
geeft patiëntenzorg nieuwe
betekenis

- Ontworpen om de huid rond de wond te beschermen en het risico op maceratie te verkleinen
- Biedt voor langere tijd comfort aan patiënten zowel als het verband in situ zit als tijdens het verwijderen¹
- Biedt wondbehandeling meer dan slechts een vochtig wondmilieu
- De gel beschermt op een manier waarop alleen een gelerend wondverband dat kan²

Voor informatie: ConvaTel: 0800-0224460 (gratis).

Referenties: 1. A Phase II non-comparative study on non-adhesive Versiva[®] XC[™] on leg-ulcers (N=46). CW-0501-04-U331. April 29, 2005. Data on file, ConvaTec. 2. Bishops S. Versiva[®] XC[™] Gelling Foam Dressing Cushioning and Protection Claims R&D justification. June 29, 2005. Data on file, ConvaTec

©/™ Versiva XC en Hydrofiber zijn gedeponeerde handelsmerken van E.R. Squibb & Sons, L.L.C.
©2007 E.R. Squibb & Sons, L.L.C. ConvaTec is een bevoegde gebruiker.

www.convatec.nl



 **ConvaTec**
A Bristol-Myers Squibb Company

Postbus 514, 3440 AM Woerden

"WCS WONDZORG, DOOR DIK EN DUN"

WOENSDAG 21 NOVEMBER 2007

PLENAIRE SESSIE BEATRIX ZAAL

De WCS zet zich al ruim 21 jaar in voor de wondzorg in Nederland. Al die inzet en aandacht heeft zijn vruchten afgeworpen. Een verdieping en professionalisering van de wondzorg heeft in Nederland ertoe geleid dat er steeds meer verpleegkundigen zijn gaan werken als wond- en/of decubitusconsulent. Sinds 2 jaar bestaat er zelfs een officiële opleiding voor wondconsulenten in Rotterdam. Aan de ontwikkeling hiervan heeft o.m. de WCS een actieve bijdrage geleverd. Daarnaast is er per 1 januari 2007 vanuit het WCS-DN de V&VN beroepsvereniging voor wond- en decubitusconsulenten opgericht. De WCS heeft zich officieel ten doel gesteld te gaan functioneren als een Nationaal Kennisinstituut in Nederland. Het is een eer om deze ontwikkelingen en verdiepingen in het beroep van wondconsulent op deze dag in de sessie in de Beatrixzaal te kunnen presenteren. Een inleiding over de beroepsopleiding en diverse 'eerste' afstudeerprojecten van de studenten komen in deze sessie aan de orde.

09.30 - 10.00	Het belang van de opleiding tot decubitus- en wondconsulenten	Prof.dr. S.E.R. Hovius, Plastic & Reconstructive Surgery Erasmus MC, Rotterdam
10.00 - 10.30	De wond- en decubitusconsulent als kwaliteitscoördinator van decubitus- en wondzorg	A. van Dam, wond- en decubitusconsulent Erasmus MC, Rotterdam
10.30 - 11.00	Zijn er specifieke risicofactoren op het ontstaan van decubitus bij de psychiatrische bewoner; een onderzoeksopzet	M. Warbout, decubitus- & wondconsulent GGZ Reinier van Arkelgroep, 's Hertogenbosch
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Behandeling van ulcus cruris in de 1ste en 2de lijnszorg	E. Schakel, decubitus- en wondconsulent Internos thuiszorg, Dordrecht
12.00 - 12.30	Behandeling diabetisch ulcus d.m.v. een mabal schoen	A. Bril, wondconsulent/gipsverbandmeester Twenteborg ziekenhuis, Almelo
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 15.00	Presentaties en uitreiking WCS Award 2007	
15.00 - 16.00	Forensische pathologie, een andere kijk op de zaken	Dr. F.R.W. van de Goot, patholoog anatoom
16.00 - 16.10	Afsluiting	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS, manager netwerkontwikkeling Oogzorgnetwerk, Het Oogziekenhuis Rotterdam

09.30 - 10.00 Het belang van de opleiding tot decubitus- en wondconsulenten

S.E.R. Hovius, plastic & reconstructive surgery

Inleiding

Veranderende inzichten in preventie, wondgenezing en wondbehandelingstechnieken, alsmede een voortgaande ontwikkeling in producten voor wondbehandeling, maken wondzorg tot een complex aandachtsgebied. Een aandachtsgebied waarin vanuit het werkveld bovendien in het totale proces van wondzorg fragmentatie en discontinuïteit geconstateerd wordt. Een deel van de oplossing voor dit kwaliteitsvraagstuk is het via een *opleiding* kwalificeren en het vervolgens *inzetten* van een Gespecialiseerde Hulpverlener in de Wondzorg (GHW) met een brede maar stevige kennis van en ervaring met wondzorg. Deze expert richt zich zowel op preventie en risicogroepen als op wondbehandeling, producten voor wondbehandeling en continuïteit en coördinatie van wondzorg. Daarnaast heeft de GHW haar focus op vernieuwing en verspreiding van "evidence based" kennis m.b.t. wondzorg.

Vervolgopleiding, gericht op beroepscompetenties

De Opleiding tot Decubitus- en Wondconsulent speelt in op bovenstaande ontwikkelingen en is een vervolgopleiding gericht op beroepscompetenties. Het leertraject kent vier blokken, die een verbinding vormen tussen zes programmalijnen. Het theoretische deel omvat in totaal circa 350 uur, gespreid over 44 lesdagen in twee jaar.

Daarnaast moet de student rekenen op een studiebelasting (naast de lesdagen) van gemiddeld 12 tot 16 uur per week. Voorafgaand aan c.q. volgend op de blokken vinden leeractiviteiten in de beroepspraktijk plaats binnen de eigen organisatie of op daartoe noodzakelijk geachte stageplaatsen.

De zes programmalijnen hebben betrekking op: Risicogroepen en preventie; Zorgvragers met wonden; Wonden en wondbehandeling; Wonden en producten voor wondbehandeling; Continuïteit en coördinatie van zorg; Vernieuwing en verspreiding van kennis m.b.t. wondzorg.

PLENAIRE SESSIE

BEATRIX ZAAL

Voor wie?

De inschrijving voor de opleiding is vrij, mits de student voldoet aan het volgende profiel. De student:

- is een zorgprofessional met een afgeronde relevante HBO-opleiding of functioneert op HBO-niveau;
- is geregistreerd in het BIG-register (geldt voor fysiotherapeuten en verpleegkundigen);
- heeft drie jaar praktijkervaring, waarvan minimaal één jaar ervaring met wondzorg;
- kent het niveau van de opleiding en kan deze koppelen aan het toekomstig functioneren;
- heeft affiniteit met (de ontwikkeling van) wondzorg getoond;
- ziet wondzorg duidelijk als een onderwerp dat in de keten plaatsvindt;
- herkent de zes programmalijnen in het werk van een Decubitus- en Wondconsulent en benoemt deze ook als zodanig;
- beschikt over goede mondelinge en schriftelijke communicatieve vaardigheden;
- kan (inter)nationale (wetenschappelijke) literatuur lezen en analyseren;
- heeft kennis van en ervaring met Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint) en dataverwerkingsprogramma's (bij voorkeur SPSS).

Meerwaarde

De eerste groep studenten is gestart op 18 januari 2006 en zullen in december 2007 afstuderen. Inmiddels is de tweede groep ook al bezig. De meerwaarde van de Opleiding tot Decubitus- en Wondconsulent zal zich steeds meer gaan bewijzen. De initiators van de opleiding zien de meerwaarde voor de toekomst echter in het feit dat de opleiding experts opleidt op het gebied van wondzorg, die breed inzetbaar zijn en die zich richten op risicogroepen, preventie, behandeling en genezing. Daarnaast dragen deze experts zorg voor de kwaliteit, continuïteit en coördinatie van de wondzorg (intra- en transmu-raal). En tot slot draagt de afgestudeerde bij aan kennisontwikkeling en kennisverspreiding op het gebied van wondzorg.

10.00 - 10.30 De wond- en decubitusconsulent als kwaliteitscoördinator van decubitus- en wondzorg

A. van Dam, wond- en decubitusconsulent

Al vele jaren werken er in diverse zorginstellingen verpleegkundigen die door de arts, verpleegkundigen of derden in consult geroepen wordt als men advies nodig heeft bij een decubitus-en wonden.

Maar wie is deze persoon, wat zijn haar kwalificaties en hoe wordt zij genoemd.

De naam verschilt per instelling van wondconsulent, wondverpleegkundige, WIS consulent, verpleegkundig specialist etc.

Maar er zijn nog meer vragen:

- Is er een erkende opleiding?
- Is er een officiële functienaam
- Wat is haar takkenpakket
- Wie zijn haar contactpersonen
- Wat is kwaliteit van decubitus-en wondzorg.

Tijdens mijn presentatie zal ik bovengenoemde onderdelen toelichten. Naar aanleiding van een aantal praktijkvoor-beelden, zal ik ingaan op hoe deze onderdelen van invloed zijn op de kwaliteit van decubitus-en wondzorg.

10.30 - 11.00 Zijn er specifieke risicofactoren op het ontstaan van decubitus bij de oudere psychiatrische bewoner; een onderzoeksoepzet

M. Warbout, decubitus- & wondconsulent

Er is weinig tot niets bekend over het voorkomen van Decubitus bij cliënten die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Aan het Landelijk Prevalentieonderzoek neemt slechts 1 psychiatrisch ziekenhuis deel.

Zoektochten op Pubmed, Cinahl en Psychinfo leidde tot minimaal bruikbare literatuur over dit onderwerp.

Een eigen uitgevoerd prevalentieonderzoek in 2002, 2004 en 2005 liet zien dat er, wellicht bij een geselecteerde patiëntengroep, sprake was van het voorkomen van Decubitus. (Prevalentie in 2002 bedroeg 31%) in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit komt overeen met vergelijkbare gegevens van een ander psychiatrisch ziekenhuis die ook met een eigen prevalentieonderzoek tot dezelfde resultaten zijn gekomen. Het Landelijk Prevalentie Onderzoek levert ook nauwelijks gegevens op. Hierin heeft 1 psychiatrisch ziekenhuis geparticipeerd waarbij de gevonden prevalentie niet overeenstemt met de door ons gevonden prevalentie van Decubitus bij psychiatrische patiënten.

Als student aan de Pilot Opleiding Wond en Decubitus Consulent bestaat onze eindopdracht uit het indienen van een onderzoeksvorstel. Een van de elementen van de opleiding is het toepassen van Evidence Based Practice.

PLENAIRE SESSIE

BEATRIX ZAAL

Er zijn vele risicofactoren beschreven in de literatuur, echter is de vraag of deze ook generaliseerbaar zijn voor cliënten die verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. Is het risico op het krijgen van decubitus niet bepaald door andere factoren. Met behulp van een dwarsdoorsnede onderzoek, uitgevoerd bij 100 oudere psychiatrische bewoners die zijn opgenomen in een verblijfsinstelling wil ik kijken of die specifieke risicofactoren definieerbaar zijn voor oudere psychiatrische bewoners die verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. Als steekproefkader neem ik een vergelijkbare groep uit een andere psychiatrische instelling (100 oudere patiënten die verblijven binnen een instelling) waarbij het onderzoek op hetzelfde moment wordt uitgevoerd. De variabelen zijn vooraf gedefinieerd. Het verzamelen van de gegevens wordt beschreven in de onderzoeksopzet net zoals de analyse van de data.

11.30 -12.00 Een onderzoek naar: De behandeling van ulcus cruris venosum in de eerste en tweede lijnszorg

E. Schakel, decubitus- en wondconsulent

Het overgrote deel van de patiënten met ulcus cruris venosum is terug te vinden in de eerstelijns zorg (huisartspraktijken en thuiszorg) en de dermatologie polikliniek (tweedelijns zorg). In mijn werk als decubitus- en wondverpleegkundige in de thuiszorg kom ik dan ook bij veel patiënten met een ulcus cruris venosum. Bij deze patiënten kwam ik met grote regelmaat dezelfde problemen tegen zoals onder andere:

- Onzorgvuldig handelen m.b.t. de ambulante compressie therapie
- Patiënten krijgen geen ambulante compressie therapie.
- Langdurig doorgaan met één en dezelfde behandeling ondanks uitblijvend resultaat
- De communicatie tussen de verschillende betrokken disciplines verliep vaak erg moeizaam
- Onkunde over ambulante compressie therapie en wondbehandeling bij zowel zorgverleners van de thuiszorg als bij huisartsen.

De huisartsen en polikliniek dermatologie gaven aan dezelfde problemen te ervaren met de zorg rondom de patiënten met ulcus cruris venosum. Er werd van alles aan gedaan d.m.v. bijscholingen over de theorie van het ulcus cruris, ambulante compressietherapie etc. met weinig (blijvend) resultaat. Aanleiding genoeg om te gaan onderzoeken waar de knelpunten zitten en wat mogelijke oplossingen zouden kunnen zijn. In het onderzoek is onder andere gekeken naar de gebruikte richtlijnen; waarbij gelet is op de verschillen en overeenkomsten. In welke situaties er wordt afgeweken van de richtlijn. En hoe er gecommuniceerd wordt tussen de verschillende betrokken disciplines

12.00 - 12.30 Behandeling diabetisch ulcus d.m.v. een mabal schoen

A. Bril, wondconsulent/ gipsverbandmeester

Nergens in het lichaam zien wij de schadelijke werking van de door diabetes veroorzaakte neuropathie en arteriële insufficiëntie zo duidelijk als in de voetⁱ. De hoge prevalentie van voetulcera en weefselversterf leidt tot arbeidsverzuim, langdurige ziekenhuisopnames en, door amputaties van het been, tot levenslange invaliditeit. Adequate zorg door de patiënt zelf is veelal niet mogelijk vanwege de oogproblemen, de beperkte beweging in de gewrichten en het ontbreken van waarschuwingssignalen als pijn, druk en temperatuur. Niet alleen het persoonlijk leed is groot, de kosten voor de gezondheidszorg zijn enormⁱⁱ. Zelfs in de voorzichtigste ramingen wordt in de komende decennia een forse toename verwacht van het aantal diabeten zowel in de westerse wereld als wereldwijd, zodat een aanzienlijke toename van de bovengeschetste problemen te verwachten valt.ⁱⁱⁱ

We weten inmiddels, dat met goed opgezette multidisciplinaire poliklinieken voor de diabetische voet een reductie van 50% van het aantal onderbeenamputaties mogelijk is.^{iv}

Sinds 1996 bestaat in het Twenteborg ziekenhuis te Almelo een multidisciplinaire polikliniek voor de diabetische voet. Sinds 1998 functioneert in hetzelfde ziekenhuis ook een klinische afdeling voor de diabetische voet. Hierdoor is het mogelijk om complicaties aan de voet vroegtijdig op te sporen en een adequate behandeling in te zetten. Het aantal opnames is gedaald vanwege de poliklinische mogelijkheden en het aantal ligdagen is gereduceerd door clustering van de patiëntengroep binnen één afdeling en training van het zorgverlenend personeel.

Literatuur

ⁱ Appelqvist et al. 1993

ⁱⁱ Appelqvist et al. 1995

ⁱⁱⁱTennvall et al. 2000

^{iv} Frykberg 1998

15.00 - 16.00 Forensische pathologie, een andere kijk op de zaken

F.R.W. van de Goot, patholoog

Suprathel®

De resorbeerbare
epitheelvervanger

Indicaties

- Donor Sites - Brandwonden

- Geen verbandwissel nodig.^{1,2}
- Ongestoorde en versnelde wondheling.^{1,2,3}
- Significante pijnreductie.^{1,2,3}
- Hecht uitstekend aan de wond.²
- Soepel en flexibel, ook op moeilijke plaatsen.^{1,2,3}
- Geringe kans op infecties (< 0,5%).^{1,2}
- Uitgebreid wetenschappelijk gedocumenteerd.

1. Suprathel- An Innovative, Resorbable Skin Substitute for the Treatment of Burn Victims. C. Uhlir et al. Burns 2007; 33: 221-229

2. Suprathel, a New Skin Substitute, in the Management of Donor Sites of Split-Thickness Skin Grafts: Results of a Clinical Study. H. Schwarze et al. Burns; 2007

3. Suitability of Biomaterials for Cell Delivery in Vitro. S.V. Nolte et al. Osteo Trauma Care 2007; 15: 42-47.

Brandwond jongen 5 jaar, oppervlakkig 2



4 dagen na het trauma. Suprathel, gecombineerd met vetgaas vormt een geheel. Suprathel blijft tot epithelialisatie op de wond liggen. Patiënt kan zijn hand vrij bewegen.



Het secundaire verband kan eenvoudig en zonder pijnstilling gewisseld worden. Op plaatsen waar de huid gesloten is kan het vetgaas worden verwijderd. Suprathel is volledig geresorbeerd.



Volledige genezing en mobiliteit na 12 dagen. De hele behandeling is voor de patiënt vrijwel zonder pijn geweest. Beweging van de hand is goed door vroegtijdige mobilisatie.



BAPMEDICAL
wound care from diagnosis to after care

www.bap-medical.com
info@bap-medical.com
tel +31 (0)55 355 25 80

ALHYDRAN

medical after care
for the skin



ALHYDRAN is de nieuwe naam
voor **EPIVERA**

De standaardtherapie voor nabehandeling van de pas gesloten huid.

- Significante daling van de jeuk^{1,2}
- Uitstekende klinische resultaten (soepelheid, roodheid, hydratatie)¹
- Behandeling van afwijkende littekens
- Uitstekend te combineren met druk-, compressie- en siliconentherapie

indicaties:

- Donor sites
- Chronische wonden
- Brandwonden
- Droge huid

1. Two years of experience with a new product based on Aloe Vera for hydration of burn scars. EBA congress 2007 Abstract. 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 Congress 2007 Abstract. H.J. van Kempen RN. Burn Centre Rijnmond Zuid, Rotterdam.



BAPMEDICAL
wound care from diagnosis to after care

www.bap-medical.com
info@bap-medical.com
tel +31 (0)55 355 25 80

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

09.30 - 11.00	Decubitus in de ketenzorg	T. de Groot, transmuraal decubitus-consultent 'Vierstroomzorgring', 't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer J. van Boekel, decubitus- en wondconsultent Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Onderscheid tussen decubitus en vochtletsels	P. Quataert, verpleegkundig specialist decubitus- en wondzorg ZorgSaam ziekenhuis, Terneuzen
12.00 - 12.30	Preventie en behandeling van decubitus en vochtletsels	S. Janssen, nurse practitioner decubitus en wondzorg Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	

09.30 - 11.00 Decubitus in de ketenzorg

T. de Groot, decubitusconsultent, J. van Boekel, decubitus-en wondconsultent

Wat is eigenlijk ketenzorg? Waarom willen we allen die ketenzorg optimaliseren? Is de patiënt met bijv. een decubitus wel gebaat bij een betere ketenzorg? En wat betekent dat nu in de praktijk?

In anderhalf uur geven we eerst aan wat ketenzorg is. Daarna gaan we in op de praktijk: bij 48 cliënten in de thuiszorg is er "onderzoek" gedaan naar de wondbehandeling zoals die uitgevoerd werd door de verpleegkundigen. Deze cliënten hadden als hoofdbehandelaar de (plastisch) chirurg, de dermatoloog uit de algemene ziekenhuizen, de huisarts uit de eerste lijn, of de verpleeghuisarts uit de verpleeghuizen. Er is gekeken naar een aantal aspecten: Wordt de wond behandeld volgens de regionale richtlijn? Is er een juiste diagnose gesteld bij deze wond? Is de onderliggende pathologie bekend? Is er een adequate wondbehandeling gestart? Hoe is de frequentie van wondbehandeling? De rapportage is die concreet en uniform? Hoe worden de hygiënische richtlijnen bij wondbehandeling toegepast? Worden de wondbedekkers die gekozen zijn effectief en efficiënt gebruikt?

De gegevens uit dit onderzoek zijn de basis voor een aantal aanbevelingen zoals: Meer bekendheid geven aan de regionale richtlijn aan hoofdbehandelaars, scholing en coaching van verpleegkundigen, aanstelling van wondverpleegkundige ten bate van de ketenzorg enz.

Met behulp van veel voorbeelden in de wondbehandeling: thuis, in de ziekenhuizen en in de verpleeg- en verzorgingstehuizen, zullen we de noodzaak tot ketenzorg, verdere ontwikkeling van richtlijnen in de ketenzorg, continue scholing van alle professionals (artsen, (wijk)verpleegkundigen, (wijk) ziekenverzorgenden, aangeven.

11.30 - 12.00 Onderscheid tussen decubitus en vochtletsels

P. Quataert, verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg

Hulpverleners hebben vaak moeite om een onderscheid te maken tussen decubitus en vochtletsels. Vochtletsels ontstaan door langdurig contact met urine, faeces, transpiratie en/of wondvocht. Het langdurig contact leidt tot verweking van de huid. Het gevolg is roodheid en in het ergste geval huidlagen die stuk gaan.

Vaak zien we dat vochtletsels als decubitus worden beoordeeld. Voorbeelden hiervan zijn de verwondingen in de bilnaad en het zogenaamde kopieletsels. Beide letsels hebben als oorzaak vocht. Decubitus wordt dan weer veroorzaakt door druk en schuifkrachten. Om gericht preventieve maatregelen te nemen is het zeer belangrijk dat een onderscheid wordt gemaakt tussen decubitus en vochtletsel.

Onderscheid maken kan door het letsel goed te observeren. De vorm en de kleur kunnen hierbij al goed helpen. Vochtletsels hebben vaak een paarse kleur en zijn niet scherp afgelijnd. Decubitusletsels zijn scherp afgelijnd en heb-

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

ben een rode, gele, zwarte kleur. Vaak ziet men bij decubitus een combinatie van deze kleuren. Bij decubitus graad 1 is de roodheid niet wegdrukbaar, bij vochtletsels kan dit zowel wegdrukbaar als niet wegdrukbaar zijn. Decubitusletsels komen voor daar waar botuitsteeksels zich drukpunten op de huid vormen. Vochtletsels kunnen ook buiten deze drukpunten optreden.

Het belangrijkste is de oorzaak van het letsel te achterhalen. Treedt er druk op door immobiliteit en onvoldoende wisselhouding? Schuift de patiënt onderuit in bed of stoel? Is de patiënt incontinent van faeces en/of urine? Heeft de patiënt koorts waardoor transpiratie optreedt? Het is belangrijk naar de totaliteit van de patiënt te kijken. Maatregelen om decubitus te voorkomen hebben geen effect op het vermijden van vochtletsels. Huidbeschermende maatregelen helpen dan weer niet om decubitus te voorkomen.

12.00 - 12.30 Preventie en behandeling van decubitus en vochtletsels

S. Janssen, nurse practitioner decubitus en wondzorg

NIEUW

Revamil®

Revamil Wound Dressing

Gecontroleerde honing nu ook als wondverband verkrijgbaar!

Revamil® kan worden toegepast bij:

- Geïnfecteerde wonden
- Diabetische voetulcera
- Decubituswonden
- Ulcus Cruris
- Brandwonden
- Oppervlakkige wonden

Producent: **Bfactory**

Leverancier: **BiologiQ**

Bfactory B.V., Tel: 0317-475919, www.revamil.nl

High Quality Solutions in Biological Treatment
Tel: 055-368 4450, www.BiologiQ.nl

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 en zonder bijwerkingen. Wilt u ook kennismaken met de unieke Mesitran-producten? Neem dan contact op met onze Customer Service (0186) 63 44 00.

PARALLELSESSIE CHIRURGISCHE WOND/STOMA

ZAAL 417

09.30 - 10.00	Abdominale chirurgie bij obesitas	Dr. M. Sosef, chirurg AMC Parkstad, Heerlen
10.00 - 10.30	Post-operatieve complicaties bij obesitas	Drs. B. Wiering, arts-assistent in opleiding UMC St. Radboud, Nijmegen
10.30 - 11.00	Roken bij obesitas, effecten op de wondgenezing	Drs. O. Buyne, chirurg UMC St. Radboud, Nijmegen
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Open buikbehandeling	Drs. P. Steenvoorde, chirurg i.o. Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
12.00 - 12.30	Open buikbehandeling bij obesitas	J.van Steveninck, wondconsulent HAGA Ziekenhuis, Den Haag
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	

09.30 -10.00 Abdominale chirurgie en obesitas

M. Sosef, chirurg

De toenemende prevalentie van obesitas in onze maatschappij weerspiegelt zich in onze dagelijkse praktijk: juist obese patiënten lopen een extra risico op wondgenezingsproblemen, op slecht uitvoerbare zelfzorg, op problematische stomata. Het WCS congres is een uitgelezen bijeenkomst om de abdominale chirurgie bij obese patiënten vanuit verschillende perspectieven te belichten: de pathofysiologie van obesitas en de invloed op het immuunsysteem, de specifieke wondverzorgingsproblematiek, de verschillende vormen van bariatrische chirurgie, de open buikbehandeling en de stomazorg.

10.00 - 10.30 Post-operatieve complicaties bij obesitas

B. Wiering, arts assistent i.o.

10.30 - 11.00 Roken bij obesitas, effecten op de wondgenezing

O. Buyne, chirurg

11.30 - 12.00 Open buikbehandeling

P. Steenvoorde, chirurg i.o.

Er is veel discussie over de optimale open buik behandeling, discussie betekent meestal dat er niet een de juiste methode is. Wij hebben de laatste 2 jaar in ons ziekenhuis ervaring opgedaan met de abdominal VAC dressing. In deze lezing zullen we ingaan op de verschillende methoden van open buik behandeling, met specifieke aandacht op casuïstiek. Ook zullen we niet nalaten om onze eigen problemen/complicaties te bespreken, met het doel dat andere gebruikers niet met dezelfde problemen komen te zitten.

12.00 - 12.30 Open buikbehandeling bij obesitas

J. van Steveninck, wondconsulent

In Nederland krijgt 1 op de 19 patiënten darmkanker. Deze casus bevat een patiënt die een darmoperatie ondergaat en het verloop gaat met veel complicaties gepaard. Enkele complicaties zijn open buikbehandeling en aanleg stomata. Ruim drie jaar later ondervindt Hr. nog steeds problemen. In deze casus worden onder andere de behandeling en verzorging van stoma, buikwond en fistel besproken.

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

09.30 - 10.15	- Venus/pitting oedeem, lymfoedeem, lipoedeem, medische achtergronden en problematiek - Lymfoedeem een zoektocht naar oplossingen	- Dr. V. Sigurdsson, chef de polikliniek dermatologie UMC Utrecht - E. Brouwer, organisator en bestuurslid Nederland Lymfoedeem Netwerk
10.15 - 11.00	Huidtherapie Manuele Lymfedrainage Appatieve compressietherapie	E. Kuijper Kuip M. Teeuwen huidtherapeuten Medicare, Leiden
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Leefstijlbegeleiding bij ulcus cruris 1 ^{ste} onderzoeksresultaten	Drs. M. Heinen, UMC St. Radboud, Nijmegen
12.00 - 12.30	Obesitas lifestylepoli voor o.a. patiënten met lipoedeem	Dr. R.Y. van der Velde internist/ endocrinoloog VieCuriVitaal Vie/Transmuraal
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	

Zelfde programma als van de eerste dag.

09.30 - 10.15 Venus/pitting oedeem, lymfoedeem, lipoedeem: Medische achtergrond en problematiek.

V. Sigurdsson, chef de polikliniek dermatologie

Men spreekt van oedeem indien er sprake is van zwelling door vochtophoping in de huid. Bij zwelling kan men onderscheid maken tussen pitting en non-pitting oedeem. De oorzaken van pitting oedeem zijn: 1) Toename veneuze druk (obstructie/thrombose, reflux/CVI, dysfunctie spierpomp). 2) Toename weefseldruk (verhoogde capillaire filtratie, ontstekingsreactie). 3) Afname capillaire osmotische druk (hartfalen, nefrotisch syndroom, hypoproteinaemie).

De oorzaken van non-pitting oedeem zijn: 1) Lymfoedeem (primair, secundair). 2) Lipohypertrofie (lipoedeem). Lipohypertrofie, ook wel aangeduid als lipoedeem, is een aandoening waarbij er een abnormale verdeling van vet in de vetcellen is. Er is geen sprake van oedeem zodat de oude benaming lipoedeem niet juist is.

Bij de beoordeling van zwelling aan de extremiteiten kan de anamnese veel informatie geven. Belangrijke aspecten hierbij zijn: Wijze en tijdstip van ontstaan en beloop. Relatie met inspanning en lokalisatie. Type en aard van de klachten. Familieanamnese. Bijkomende aandoeningen of voorgaande behandelingen zoals flebologische pathologie en oncologische behandelingen.

Kennis van de klinische symptomen en voorgeschiedenis van de patiënt in combinatie met de resultaten van inspectie en palpatie zijn meestal toereikend voor de diagnose bij oedeem. Mocht dat niet toereikend zijn kan verder onderzoek geïndiceerd zijn. De belangrijkste onderzoeken zijn: flebologisch onderzoek en/of lymfscintigrafie (kwalitatief en/of kwantitatief).

Literatuur:

Lymfoedeem in de praktijk; diagnostiek, behandeling en een nieuwe multidisciplinaire benadering. Stichting Lymfologie Centrum Noord-Nederland. Drachten 2000.

Leerboek Flebologie. HAM Neumann, DJ Tazelaar (redactie). Uitgeverij Lemma BV. Utrecht 2003.

Richtlijn Lymfoedeem. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Van Zuiden Communications BV. Alphen aan den Rijn 2002.

09.30 - 10.15 Lymf- en lipoedeem; een ware zoektocht voor patiënten en behandelaars

E.R. Brouwer, organisator en bestuurslid Nederlands Lymfoedeem Netwerk

Lymfoedeem, welke soorten

o Lymfoedeem; secundair:	o Na borstkanker:	7-35%
	o Na gynaecologische kanker:	20-45%
	o Na blaaskanker / peniskanker:	30-50%
o Lymfoedeem; primair:	o Aangeboren / afvloedstoornis:	7-9%
o Lipoedeem:	o Geen gegevens bekend	

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Oorzaken

- o Aangeboren:
 - o Erfelijk
 - o Kinderen
 - o Jong volwassenen
- o Verkregen:
 - o Operaties / bestraling
- o Risico's:
 - o Infecties / wondjes
 - o Overbelasting / spierkracht / gewicht e.d.

Lymfoedeem is een aandoening waarbij de afvoer van weefselvocht vertraagd is. Het kan ontstaan doordat er bij een operatie lymfklieren en lymfbanen worden beschadigd; maar het kan ook aangeboren zijn, waardoor het zelfs bij kinderen voorkomt.

Hoe ontstaat lymfvocht? Bloed wordt vanuit het hart gepompt naar de weefsels en vandaar via de aders weer teruggebracht naar het hart. We noemen dit de bloedcirculatie. Van het vocht dat in weefsels komt, zal ongeveer 10% achterblijven en dat moet door het lymfsysteem weer worden afgevoerd naar de lymfklieren en van weer naar de bloedstroom. Dit noemen we de lymfcirculatie. De lymfcirculatie begint "blind" in de weefsels en kent geen pomp zoals het hart voor de bloedcirculatie. Het lymfsysteem moet door een eigen pompsysteem en druk van buitenaf tot goede afvloed komen. Deze beide circulaties vormen een evenwicht. Ongeveer 80% van het lymfsysteem ligt in het gebied van 5-10 cm onder de huid.

Dit evenwicht tussen vochtproductie en vochtafvoer uit de weefsels kan op 3 manieren verstoord worden;

1. Er wordt teveel lymfvocht gemaakt in de weefsels door bijvoorbeeld ontsteking of een ongeval. De lymfbanen kunnen daardoor het vele vocht zo snel niet afvoeren. We spreken van oedeem (vocht).
2. De lymfbanen zijn te weinig of werken niet goed; dit kan gebeuren bij bijv. aangeboren lymfoedeem waardoor in principe de normale hoeveelheid weefselvocht al teveel is om afgevoerd te worden. We spreken van primair lymfoedeem.
3. Door een operatie, bestraling, ongeval en dergelijke kan een voorheen gezonde lymfsysteem beschadigd raken, waardoor het niet meer goed werkt. We spreken van secundair lymfoedeem.

Hoe ontdekt men lymfoedeem?

Omdat lymfoedeem ontstaat door vocht ophoping, zal er altijd zwelling aanwezig zijn die vaak ook zichtbaar is doordat een putje in de huid kan worden gedrukt. In principe kan de zwelling overal optreden, maar deze wordt het meeste gezien aan de benen (vaak bij aangeboren lymfoedeem en na gynaecologische- en urologische kankerbehandeling) en de armen (vaak bij patiënten behandeld voor borstkanker). Lymfoedeem kan echter ook op andere plaatsen optreden zoals in het gelaat, de romp en zelfs in de buik.

Om tot een goede behandeling van lymfoedeem te komen, is vroegtijdige herkenning belangrijk. Als lymfoedeem langer bestaat, kunnen er verhardingen ontstaan en littekens in de weefsels ("fibrose") want niet goed meer te behandelen is. Tevens neemt de kans op ontstekingen sterk toe. Hierdoor zal de zwelling weer toenemen en ontstaat er een toenemende achteruitgang met klachten van zwaar gevoel, klachten van gewrichten (bijv. nek en schouders, knieën voeten) en zal de patiënt toenemend verlies van kwaliteit van leven ervaren.

Als lymfoedeem op tijd wordt herkend, zijn er de beste vooruitzichten op een behandeling. Deze vroegdiagnostiek wordt onder andere verkregen door zorgvuldige meting van het volume van armen en benen bij bijv. patiënten met risico op lymfoedeem ("vroegdiagnostiek").

Een goede behandeling kan pas worden gestart als er een juiste diagnose door een arts is gesteld. In veel gevallen, zeker als het lymfoedeem aangeboren is, zal een dermatoloog (huidarts) hierbij een belangrijke rol spelen.

Omdat lymfoedeem ook aangeboren (en soms zelfs erfelijk kan zijn) kan zijn (primair lymfoedeem), wordt het soms al op kinderleeftijd gezien. Heel vaak wordt zwelling aan de voetjes gezien of ontstaat er een onbegrepen ontsteking aan het been (erysipelas). Helaas duurt het nog steeds vaak lang voordat de juiste diagnose wordt gesteld waardoor de behandeling pas later kan worden gestart. Bij de behandeling van kinderen is het belangrijk om de ouders / begeleiders te betrekken bij de behandeling en begeleiding van deze chronische aandoening.

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Hoe is de behandeling?

Er is niet 1 behandeling van lymfoedeem. De pijlers waar de behandeling op rust zijn:

1. Voorkomen van ontstekingen en overbelasting. Hierbij kan instructie en zelfmanagement cursussen goed bij helpen
2. Lymfmassage behandelingen (MLD). Hierbij wordt de lymfafvloed gestimuleerd door speciale massage technieken
3. Compressietherapie met verbanden (zwachtels) en Therapeutisch Elastische Kousen (TEK; "steunkous"). Hierdoor wordt de aanmaak van lymfvocht fors geremd waardoor er minder overbelasting van het systeem is. Verder zal door compressie de lymfafvloed worden gestimuleerd door een toegenomen bewegelijkheid van de lymfvaten.
4. Oefen- en bewegingstherapie. Hierdoor wordt de spierbeweging gestimuleerd en de bewegelijkheid van de gewrichten vergroot. Hierdoor zal de lymfafvloed weer worden gestimuleerd.
5. Betrekken van ouders bij de behandeling van lymfoedeem en het aanleren van zelfbehandelingstechnieken
6. In speciale gevallen kunnen specifieke operatieve behandelingen worden overwogen. Dit kan alleen maar worden uitgevoerd in een gespecialiseerd centrum waarin multidisciplinair wordt samengewerkt door een team van artsen en paramedici.

Omdat lymfoedeem een chronische aandoening is, zal er ook langdurig een behandeling moeten plaatsvinden. Als de behandeling geslaagd is moet deze altijd worden afgesloten met een TEK. Deze is bedoeld om het verkregen effect te behouden en de lymfafvloed te blijven stimuleren. Er bestaan vele soorten en mate kousen; bij lymfoedeem zal bijna altijd gekozen moeten worden voor een soort "naadkous". Wetenschappelijk onderzoek en (inter)nationale richtlijnen geven hier duidelijke instructies over. Een langdurige nacontrole, begeleiding en follow-up is van belang voor patiënten met lymfoedeem.

Lipoedeem is een aandoening die eigenlijk niets met lymfoedeem te maken heeft. Bij lipoedeem bestaat er een aangeboren afwijking in de opbouw van vetcellen aan met name benen en soms armen. Deze aandoening komt alleen bij vrouwen voor. Bij de beginfase van lipoedeem zal het lymfsysteem normaal functioneren. Als de "vetzwelling" toeneemt, zal naar verloop van tijd ook het aanvankelijk normale lymfsysteem overbelast kunnen raken, waardoor zwelling ontstaan. De klachten van lipoedeem zijn geheel anders dan bij lymfoedeem; de benen zijn pijnlijk, er is vaak spierzwakte en moeheid, vaak blauwe plekken en de voeten zijn slank.

Hoe is de diagnose en behandeling?

Het is belangrijk om een goede diagnose te stellen omdat bij veel vrouwen met lipoedeem wordt gedacht dat de vetophoping alleen komt door overgewicht en teveel eten. Dat is niet waar. Daarnaast wordt de aandoening vaak niet herkend waardoor de patiënt zich miskend voelt en niet serieus genomen.

Nadat een goede diagnose is gesteld en andere aandoeningen uitgesloten kan een behandelplan worden opgesteld. Dit zal vooral bestaan uit;

1. voorlichting en begeleiding
2. spierversterking, reactivering en oefentherapie. Corrigeren van voetstands- en houdingsafwijkingen
3. begeleiding van de voedsel inname, zeker als er een overgewichtcomponent aanwezig is. Een calorische balans (berekenen hoeveel calorieën men eet en hoeveel men verbrand) bepalen
4. (lichte) compressie door bijv. een TEK om pijnklachten aan de benen te verminderen

de resultaten en effecten van de behandeling zullen slechts langzaam zichtbaar worden. Het is belangrijk het behandelplan langdurig vol te houden en het levenspatroon hierop aan te passen. Als alles zo veel mogelijk optimaal is gereguleerd, valt pas te denken aan contourverbeterende ingrepen als liposuctie. Het is goed te bedenken dat deze eventuele ingrepen op de eigenlijke aandoening en bijkomende klachten als hierboven beschreven niet beïnvloeden. De ingreep moet door deskundige artsen worden uitgevoerd om niet een lymfvat beschadiging te krijgen, waardoor een bijkomend lymfoedeem kan worden uitgelokt. Indien er sprake is van spataders, is het belangrijk om te weten dat uit onderzoek blijkt dat een operatieve behandeling hiervan vaak leidt tot meer klachten in plaats van minder. Door het uitvoeren van een langdurig programma kunnen vaak al goede verbeteringen worden verkregen. Voor meer informatie kijk op: www.lymfoedeem.nl

10.15 - 11.00 Manuele lymfdrainage en compressietherapie bij patiënten met overgewicht

E. Kuijper Kuip, huidtherapeut, M. Teeuwen, huidtherapeut

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

In de dagelijkse praktijk worden huid- en oedeemtherapeuten regelmatig geconfronteerd met obese patiënten en (lymf-)oedeem problematiek.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt niet alleen dat lymfoedeem een complicatie kan zijn van overgewicht, maar dat overgewicht ook een nadelige invloed heeft op lymfoedeem. Huidproblemen die worden gezien bij patiënten met overgewicht zijn: acanthosis nigricans, hyperandrogenisme, hyperkeratose, candida-infectie, striae, pigmentatiestoornissen, beenulcera, lymfoedeem en slechte wondgenezing. Bij behandeling van (lymf-)oedeem van patiënten met overgewicht dient men ondermeer de manuele lymfdrainage, apparatieve compressie en ambulante compressie therapie aan te passen om voldoende behandelresultaat te verkrijgen.

Het verdient aanbeveling de bestaande protocollen hier op aan te passen.

11.30 - 12.00 Leefstijlbegeleiding bij ulcus cruris 1e onderzoeksresultaten

M. Heinen, sectie Verplegingswetenschap en Paramedische Wetenschappen

Achtergrond

Ulcus cruris is een vaak chronische complicatie van veneuze insufficiëntie. Het is bekend dat leefstijl van patiënten van invloed is op het ontstaan van een ulcus cruris en stoornissen in de circulatie in het algemeen. Met name beweging en beenoefeningen, en therapietrouw met betrekking tot compressietherapie zijn essentiële elementen in het streven naar genezing van en het voorkomen van het ontstaan van het ulcus cruris. Veel patiënten laten echter een inactieve leefstijl zien en zijn niet of in onvoldoende mate trouw aan het op de juiste manier toepassen van de compressietherapie. De huidige zorg aan deze patiënten geeft geen systematische benadering tot het vergroten van therapietrouw en de mate van beweging.

Doel

Het doel van LEGTEST is het testen van het Lively Legs leefstijlprogramma voor bevordering van therapietrouw op het gebied van compressie en beweging bij patiënten met een ulcus cruris. Effecten worden gemeten op de volgende gebieden:

- 1) Therapietrouw met betrekking tot compressie en beweging.
- 2) Tijd tot het opnieuw ontstaan van een ulcus cruris.
- 3) Kosten-effectiviteit.

Opzet van het onderzoek

Het betreft een multicenter onderzoek met een gerandomiseerde gecontroleerde opzet. Patiënten in het onderzoek (n=180) worden gelijkmatig gerandomiseerd naar de experimentele of de controlegroep. Patiënten in de experimentele groep ontvangen counseling gedurende een periode van 6 maanden, overeenkomstig met het Lively Legs programma. Patiënten in de controle groep ontvangen reguliere zorg. Het includeren van patiënten vindt plaats in een periode van 9 maanden. Data worden verzameld bij inclusie, direct na de interventie periode (na 6 maanden), en vervolgens na 12 en 18 maanden. Kwaliteit van leven wordt aanvullend gemeten (telefonisch) na 3, 9 en 15 maanden

Resultaten

De eerste resultaten van de 0-meting en eerste vervolgmeting zullen worden gepresenteerd alsmede de mogelijkheden voor implementatie van Lively Legs in de reguliere zorg op de polikliniek dermatologie.

12.00 - 12.30 Obesitas lifestylepoli voor o.a. patiënten met lipoeedeem

R.Y. van der Velde, internist-endocrinoloog

Steeds meer mensen hebben te kampen met een te hoog gewicht. De oorzaak hiervoor is gelegen in een combinatie van teveel en verkeerde voeding enerzijds en verminderde beweging zowel op het werk alsook in de privé-sfeer anderzijds. Bij een bodymass index (BMI) tussen 25 en 30 spreekt men van overgewicht; bij een BMI hoger dan 30 spreekt men van obesitas waarbij nog diverse gradaties onderscheiden worden.

Bij een te hoog gewicht neemt de kans op het ontwikkelen van ziekten toe. Het gaat dan met name om hypertensie, dyslipidemie en diabetes mellitus. Deze aandoeningen zijn op zich weer een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

Bij obesitas komt tevens voor: gewrichtsproblemen, klachten van de luchtwegen, vruchtbaarheidsproblemen en problemen bij de bevalling.

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Tenslotte kunnen ook psychische klachten veroorzaakt worden door een te hoog lichaamsgewicht. Ondanks al deze gezondheidsrisico's is het vaak juist om cosmetische redenen dat mensen met overgewicht proberen af te vallen. Vaak doet men dit d.m.v. een dieet.

Met name als men d.m.v. alleen een dieet op korte termijn een belangrijke gewichtsverlies nastreeft, blijkt het succes op lange termijn zeer beperkt.

Redenen hiervoor zijn o.a.:

- Door sterke calorische restrictie zal het lichaam reeds in het begin van de dieetkuur behalve vet ook eiwitreserves in de spieren aanspreken voor verbranding.
- Een deel van het snelle gewichtsverlies wordt verklaard door verlies van water en zouten welke bij start van het normale dieet weer snel op peil komen met hierbij snel stijgen van het gewicht.
- Een dieet met een zeer sterke calorische restrictie wijkt sterk af van het dagelijkse dieet; als patiënten na de dieetkuur weer teruggaan naar een dagelijks " normaal" dieet hebben zij niet geleerd hoe ze op de lange termijn de inname van calorieën op een gezonde manier in balans moeten brengen met de behoefte aan calorieën.
- Belangrijk is ook te bedenken dat de rustverbranding o.a. afhankelijk is van het lichaamsgewicht; als men bijv. 10 kg in lichaamsgewicht afneemt zal dit leiden tot een significante vermindering van de dagelijkse caloriebehoefte; als men dan vervolgens in het oude voedingspatroon terugvalt zal het gewicht hierdoor aanvankelijk nog sneller stijgen.

Een verantwoorde behandeling van overgewicht streeft een geleidelijke vermindering van het gewicht na waarbij aandacht is voor factoren welke het succes op langere termijn bepalen:

- Een gezonde voeding welke deel uit kan maken van een normaal dagelijks dieet.
- Voldoende lichaamsbeweging.
- Veranderen van het gedrag.

In het lifestyle programma van VieCuri Vitaal is er sprake van een multidisciplinaire behandeling. Eerst wordt bij elke cliënt de gezondheidstoestand onderzocht. Ook wordt een inventarisatie gemaakt van de voedingsgewoonten, het gebruik van genotsmiddelen, en het dagelijkse bewegingspatroon. Tevens vindt een lichamelijk onderzoek plaats alsmede eenvoudig laboratoriumonderzoek. De bevindingen worden besproken met de cliënt en er wordt een behandelingsdoel geformuleerd. Tevens worden in dit gesprek reeds eenvoudige adviezen gegeven m.b.t. voeding en beweging.

Vervolgens kan de cliënt instromen in een programma met groepslessen. Dit programma bestaat uit 10 lessen door de diëtiste, fysiotherapeut en/of psycholoog. Deze 10 lessen zijn over een periode van 9 maanden uitgespreid. Doorgaans stromen 12 cliënten per groep in. In deze lessen wordt door de diëtiste de nadruk gelegd op bewustwording van voedingsgewoonten en er wordt veel uitleg gegeven over factoren welke een voeding gezond of ongezond maken. Hierbij is aandacht voor eetmomenten en regelmaat, caloriebalans, vetintake, productkeuze, portiegrootte, voedingsbereiding en voedingspatronen. Tevens worden er adviezen gegeven m.b.t. bijzondere situaties. (bijv. feestje). Ook worden er lessen gegeven in het lezen van etiketten en in de interpretatie van de informatie welke op verpakkingen van voedsel staat.

Patiënten krijgen ook huiswerk; soms moeten ze een dag lang bijhouden wat ze gegeten hebben; soms moeten ze opschrijven wat ze in de supermarkt hebben gekocht etc. De fysiotherapeut geeft adviezen m.b.t. gezond bewegen; het gaat hierbij niet alleen om theoretische adviezen maar er worden ook bewegingslessen gegeven in een gymzaal.

Vervolgens krijgen de patiënten een stappenteller en een dagboekje en wordt als huiswerk meegegeven in eerste instantie om de beweging in de thuissituatie in kaart te brengen en in tweede instantie om dit gedoseerd uit te breiden. De psycholoog streeft een bewustwording na van gewoonten t.a.v. voeding en beweging. De cliënt krijgt zodoende inzicht in probleemgedrag en krijgt adviezen m.b.t. het aanpakken van probleemgedrag. De patiënt wordt geleerd hoe om te gaan met stressvolle situaties. De patiënt krijgt nog tips t.a.v. hoe te om te gaan met frustraties in het algemeen en in het bijzonder als het af en toe misgaat met de lifestyle verandering. De cliënt wordt geleerd dat iedereen wel eens een zwakke dag heeft en dat een keer verkeerd eten of een keer aankomen niet betekent dat vanaf dan alles maar op zijn beloop moet worden gelaten.

Er wordt geadviseerd een vriend, een vriendin of een echtgenoot dan wel een familielid in te schakelen om te fungeren als een soort buddy. Deze persoon kan de cliënt steunen bij het volhouden van een nieuwe levensstijl. Recent onderzoek heeft ook aangetoond dat de sociale component bij overgewicht van groot belang is. In de presentatie zal ik voorbeelden geven uit de verschillende lessen. Tevens zal een overzicht worden gepresenteerd van de resultaten.

DerMax[®]

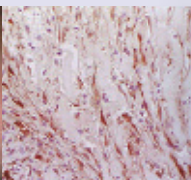
therapie

De genezing van chronische wonden wordt vaak tegengehouden door een verstoorde matrix metallo-proteïnases (MMP)- productie en een te veel aan reactieve O₂ radicalen¹.

Nu is er **DerMax[®]**, een revolutionair, op wetenschappelijke basis ontwikkeld wondverband.

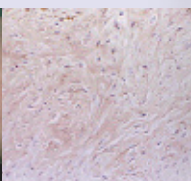
DerMax[®] is een acetaat verband geïmpregneerd met metaalionen en citroenzuur.

Hierdoor wordt de MMP- productie in balans gebracht, het wondmilieu verbeterd en de wond geneest.



WEEK 0

Overmatige MMP-productie in wondgebied.
Chronische wond vóór **DerMax[®]**-therapie



WEEK 6

MMP-productie is genormaliseerd.
Na 10 behandelingen met **DerMax[®]**

DerMax[®] uitgelicht:

DerMax[®] is een wetenschappelijk ontwikkeld wondverband. Het bestaat uit een steriele acetaat drager geïmpregneerd met een poly hydrated ionogens (PHI-5) formule. Dit bevat onder andere de sporenelementen Na, K, Zn en Rb. Het verband bevat ook citroenzuur om de pH te verlagen. In chronische wonden waar de autolytische afbraak van nieuw weefsel de genezing belemmert, blijft PHI-5 in staat om de aanmaak van MMP-2 te verlagen en de aanmaak van TIMPS te versterken. Hierdoor wordt ook de productie van zuurstof radicalen verminderd.



DerMax[®] is verkrijgbaar in de volgende maten:
8x10 cm (5 st.)
en 5x6 cm (10 st.)

zie ook www.zomakkelijkshet.nl voor meer informatie!

Postbus 31 / 4850 AA Ulvenhout
T 076 5657469 / F 076 5652977
E info@thewoundcarecompany.com

THE **WOUND CARE** COMPANY

www.thewoundcarecompany.com

Zuiverheid geneest

MelDra[®]
honey-impregnated wound dressing

Onze voorouders hebben 400 jaar geleden enorme boekweitvelden aangelegd in Noord-Amerika. De boekweithoning was van uitstekende kwaliteit dat het de naam 'Golden Dutch' kreeg. Tot op de dag van vandaag is deze honingsoort zo zuiver dat het voldoet aan alle criteria voor medische toepassingen. Daarom is 'Golden Dutch' in ons wondverband **MelDra[®]** geïmpregneerd!

Het maken van de juiste keuze in wondverzorgingsproducten is essentieel om de meest optimale resultaat in uw wondbehandeling te kunnen behalen. **MelDra[®]** is hiervoor uitermate geschikt.

MelDra[®] is een met boekweithoning geïmpregneerd wondverband. Het is revolutionair omdat het de medische wereld versteld doet staan van de effectiviteit ervan. Maar, wanneer we terug kijken in de geschiedenis zien we dat honing in het verleden ook veel gebruikt werd om infecties tegen te gaan. Nu, toegepast in een wondverband, is **MelDra[®]** een doeltreffend, vertrouwd en geliefd product bij tal van verpleegkundigen en medici: *Zuiverheid Geneest!*

MelDra[®] biedt de garantie op een goede wondgenezing, vanwege:

- Bestrijding wondinfectie door lage pH, hoge osmolariteit en de fenolen
- Minder pijnklachten door de juiste honingconcentratie in het verband
- Geen bijwerkingen waardoor een langdurige toepassing mogelijk is
- Exsudaat management

Indicaties:

- Diabetische voet • Ulcus Cruris • Decubitus
- Traumatische wonden • Brandwonden
- Oncologische wonden • Chirurgische wonden



THE **WOUND CARE** COMPANY

Postbus 31 / 4850 AA Ulvenhout
T 076 5657469 / F 076 5652977
E info@thewoundcarecompany.com
www.thewoundcarecompany.com



PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

09.30 - 10.00	De diabetische voet: gipstherapie ja of nee?	Dr. M.H. Nabuurs-Franssen, AIOS Medische Microbiologie CWZ, Nijmegen
10.00 - 10.30	Ulcera en diabetes mellitus	Drs. F.W.J Leeman, dermatoloog, afdeling Dermatologie Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
10.30 - 11.00	"De eerste stap"	V.L.M. Oostendorp- Cornelissen, wonden decubitusconsulent Amphia ziekenhuis, Breda / Oosterhout
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	"De acute rode voet"	E. Manning, wondconsulent/gipsverbandmeester Twenteborg ziekenhuis, Almelo
12.00 - 12.30	De psychologische aspecten bij het dragen van orthopedisch schoeisel	F. Schonagen, orthopedisch schoen-technicus, Harderwijk
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	

Zelfde programma als van de eerste dag.

09.30 - 10.00 De diabetische voet: gipstherapie ja of nee?

M.H. Nabuurs-Franssen, AIOS medische microbiologie

Voor patiënten met suikerziekte (diabetes) is een wond aan de voet één van de meest gevreesde complicaties door trage wondgenezing (meestal maanden), verlies aan mobiliteit, ziekenhuisopnames en soms een amputatie van teen, voet, onder- of bovenbeen. Bovendien komen voetproblemen vaak voor. Men schat dat 25% van alle mensen met diabetes mellitus een voetprobleem ontwikkelt en dat één op de 15 patiënten ooit een amputatie zal ondergaan. Bovendien gaan voetproblemen gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg. Hoewel per jaar slechts $\pm 4\%$ van alle diabetes patiënten een voetulcus heeft, beslaan de kosten van het diabetisch voetprobleem 12-15% van het totale budget dat wordt uitgegeven aan diabeteszorg. Tenslotte zijn diabetisch voetulcera een zware belasting voor zowel de patiënt als zijn of haar omgeving.

Ondanks het feit dat het ulcus op zichzelf vaak weinig symptomen geeft, zijn de consequenties van het ulcus zeer ingrijpend. Wij hebben gevonden dat voetulcera de kwaliteit van leven van zowel de patiënt als zijn verzorger sterk verlagen (vergelijkbaar met borstkanker). Genezing van het ulcus resulteert in een sterke toename van de kwaliteit van leven in vergelijking met een progressieve afname van de kwaliteit van leven indien het ulcus blijft bestaan. Deze data impliceren dat het belangrijk is om het ulcus zo snel mogelijk te genezen. Daarnaast is een voetulcus een zware belasting voor de om directe omgeving van de patiënt.

In de dagelijkse klinische praktijk is het essentieel, dat voordat de behandeling wordt gestart, er een volledige evaluatie van het voetulcus plaatsvindt voor een goed verloop van het diagnostische proces en behandeling. De clinicus zou de ulcus karakteristieken (plaats, grootte en diepte), de oorzaak van het ulcus (biomechanische evaluatie), de onderliggende pathologie (ischemie, neuropathie) en de mogelijke complicaties van het ulcus (infectie) moeten evalueren.

De behandeling van voetulcera bestaat uit débridement van de wond, optimale regulatie van de bloedglucoseconcentratie en lokale ontlasting van het ulcus. Zonder een goede drukontlasting van de wond zal deze zeer traag of helemaal niet genezen. Met behulp van een onderbeensgips kan de druk op de wond verlaagd worden waardoor deze kan genezen. Een 'total contact casting' (gipstherapie) wordt gezien als de gouden standaard in de behandeling van patiënten met een oppervlakkig, niet geïnfecteerd, niet ischemisch plantair neuropathisch voetulcus. Omdat 55% van alle ulcera puur neuropatisch zijn en ongeveer de helft van deze ulcera geïnfecteerd zijn, voldoen in de dagelijkse klinische praktijk minder dan 30% van de patiënten aan deze criteria. Daarom hebben wij bekeken of gipstherapie voor een grotere groep patiënten toepasbaar is. Zoals ook in andere studies werd aangetoond, bereikten wij goede helingspercentages (90% van de patiënten) bij patiënten met puur neuropatische ulcera, met een mediane tijd-tot-genezing van 18 dagen.

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

Deze helingstijd is aanmerkelijk korter dan meestal wordt aangenomen. Een nieuwe bevinding was dat ook patiënten met een oppervlakkige infectie of matig perifeer vaatlijden effectief en veilig behandeld kunnen worden met gipstherapie. Een oppervlakkige infectie had geen effect op het genezingspercentage in deze studie en mild perifeer vaatlijden ging gepaard met een lichte daling, maar nog steeds goede genezingspercentages (69%). Maar bij patiënten met zowel mild perifeer vaatlijden als een oppervlakkige infectie en bij patiënten met een hielulcus werden slechte genezingspercentages bereikt. Voor deze patiënten groepen is gipstherapie ons inziens ongeschikt en zal voor een andere vorm van drukontlasting gekozen dienen te worden. Met intensive controles bleken er weinig gipscomplicaties op te treden; uit angst voor deze complicaties wordt gipstherapie helaas nog weinig toegepast.

Een recent Maastrichts/Europees onderzoek liet zien dat slechts 3% van de diabetische voet patiënten wordt behandeld met total contact casting. Met ieder been dat behouden wordt, neemt het aantal benen dat zou kunnen ulcereren toe en is het recidief ulcus, recidief percentages van ongeveer 70% in 5 jaar, een groot probleem voor zowel de patiënt als het zorgsysteem. In een tweede gipstherapie hebben wij gekeken naar herhaaldelijk gipsen. Er werden geen verschillen in genezingspercentage en genezigingssnelheid gevonden bij herhaaldelijk toepassen van gipstherapie en er werd een (lichte) afname van het aantal complicaties gevonden.

Het aantal mensen dat op jongere leeftijd diabetes mellitus ontwikkelt, groeit almaar. Daardoor zal het aantal voetulcera toenemen en zullen deze ook meer optreden bij mensen in een levensfase waarin zij actief zijn en deelnemen aan de arbeidsmarkt. Om meer ulcera, in kortere tijd te genezen, zal gipstherapie vaker toegepast moeten worden. Deze behandeling vereist wel expertise, zorgvuldige follow-up en moet een onderdeel zijn van een multidisciplinaire aanpak, waarbij meerdere disciplines zijn betrokken. Bovendien zouden nieuwe therapieën die voetulcera voorkomen, ontwikkeld moeten worden.

10.00 - 10.30 Ulcera en diabetes mellitus

F.W.J. Leeman, dermatoloog

Het aantal mensen met diabetes met moeilijk te genezen wonden neemt de laatste jaren sterk toe. Hier zijn een aantal oorzaken voor te vinden:

Het aantal oude mensen neemt steeds meer toe door de stijging van de gemiddelde leeftijd. Daarmee stijgt ook het aantal mensen met diabetische voetulcera.

Het aantal mensen met diabetes neemt per jaar met 60.00 mensen toe. Diabetes is daarmee volksziekte 1 geworden. Van alle diabetespatiënten krijgt ongeveer 10% te maken met een diabetisch voetulcus.

Bij een diabetisch ulcus is er sprake van een zeer trage of zelfs geen genezing. Hier zijn een aantal oorzaken voor te vinden:

Een slechte doorbloeding van de huid, verminderde weerstand, de wond is geïnfecteerd, leeftijd van patiënt, een diepe wond met een groot oppervlak geneest langzamer, de wond wordt te laat opgemerkt (door een slechte visus en verminderde sensibiliteit).

Een ulcus kan oppervlakkig of diep zijn, wel of niet geïnfecteerd en neuropathische, neuro-ischaeemisch of ischaemisch zijn. De oorzaak van een ulcus is vaak het dragen van verkeerd schoeisel. Tijdens mijn lezing wil ik hier dieper op ingaan.

10.30 - 11.00 De eerste stap

V.Oostendorp-Cornelissen, decubitus- en wondconsulent

In Nederland en België zijn steeds meer instellingen die starten met een diabetische voetensprekkuur. Maar ook binnen de instelling en bij huisartspraktijken zijn veel patiënten met een diabetische voetulcus (DVU). Oorzaak is dat er zijn steeds meer (jonge) mensen zijn met overgewicht. Hierdoor groeit het aantal patiënten met Diabetes mellitus nog eens extra bovenop de vergrijzing die nu al plaats vindt. Om goede zorg te kunnen leveren aan deze categorie patiënten is het belangrijk een richtlijn te hebben.

Doordat patiënten, specialisten, zorgverzekeraars en de beroepsgroep decubitus- en wondconsulenten zelf steeds meer een beroep doet op Evidence Based Practice (EBP), is deze richtlijn zoveel mogelijk onderbouwd met wetenschappelijk argumenten. Men mag dus veronderstellen dat een richtlijn wondzorg bij een DVU zorgt voor effectievere zorginterventies ter preventie van een voetulcus en het aantal amputaties bij patiënten met diabetes mellitus vermindert

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

(1,2,3).Tevens worden de kosten beheerst (4).

Richtlijn moet worden gevolgd, maar met goede argumenten mag de hulpverlener hiervan afwijken. Protocol moet onder alle omstandigheden worden gevolgd. Niet volgen heeft juridische consequenties. (5).

Bij het zoeken naar richtlijnen over de DVU kwam naar voren dat binnen veel instellingen geen bronvermelding werd vernoemd, laat staat EBP. Het is niet makkelijk een richtlijn te schrijven dat universeel geldig is voor alle verschillende typen wonden die onder het begrip diabetische voet horen en ook nog EBP. Om te voorkomen dat iedere instelling opnieuw een eigen richtlijn gaat schrijven zal in deze presentatie de richtlijn en hieraan gekoppeld een implementatietraject over de invoering van de richtlijn worden toegelicht.

Literatuur

1. Donohoe M, Fletton J, Hook A, Powel R, Robinson I, Stead J, Sweeney K, Taylor R, Tooke J. Improving foot care for people with diabetes mellitus - a randomized controlled trial of an integrated care approach. *Diabetic Medicine* 17. 2000; 581-587.
 2. Mc Murray s, Johnson G, Davis S, Mc Dougall K, Diabetes education and care management significantly improve patient outcomes in the dialysis unit. *American Journal of Kidney Disease*. 2002; 40: 566-575.
 3. Plank J, Haas W, Rakovac I, Gorzer E, Sommer R, Siebenhofer A, Pieber T. Evaluation of the impact of chiropodist care in the secondary prevention of foot ulcerations in diabetic subjects. *Diabetes Care*. 2003; 26: 1691-1695.
 4. Acker, van K, Oleen-Burkey M, Decker, de L, Vanmaele R, Schil, van P, Matricali G, Dys H, Leeuw de I. Cost and resource utilization for prevention and treatment of foot lesions in a diabetic foot clinic in Belgium. *Diabetic research and clinical practice* 50. 2000;87-95.
- Opleiding decubitus- en wondconsulent, Erasmus, Rotterdam. Blok 2D Wondzorg en organisatie.

11.30 - 12.00 De acute rode voet

Erik Manning, wondconsulent / gipsverbandmeester

Wondinfectie in het algemeen staat de laatste tijd erg in de belangstelling.

Media aandacht en politieke belangstelling voor wondinfecties hebben ervoor gezorgd dat met name het percentage postoperatieve wondinfecties binnen ziekenhuizen als kwaliteitsindicator wordt gezien.

Niet alleen neemt de laatste jaren de prevalentie toe, maar men is ook bezorgd over de toename van resistente bacteriën en het aantal sepsis gevallen met vaak dodelijke afloop voor de verzwakte patiënt als gevolg van te late herkenning. Tevens stijgen de onkosten enorm bij een wondinfectie.

Duidelijke criteria voor het gebruik van antibiotica en lokale antimicrobiële middelen zijn nodig, alsmede gespecialiseerde zorgverleners voor het vroegtijdig herkennen van wondinfecties.

Clinici die zich met wondbehandeling bezig houden hebben een professionele verantwoordelijkheid voor zowel het herkennen van infecties alsmede adequate behandeling.

Om dit goed uit te kunnen voeren hebben we gereedschap en richtlijnen nodig.

Een infectie is een complex probleem.

Als we altijd uit konden gaan van rubor, calor, dolor, tumor en functio laesa dan was het eenvoudig om een schema te maken.

Om beter inzicht te krijgen moeten we meer gaan begrijpen van de complexe symptomen en hun interacties.

Cooper (Position document EWMA, 2005); "infectie is het eindresultaat van een complexe interactie tussen de gastheer, organisme, wond en therapeutische interventie".

Herkenning van de eerste symptomen richting wondinfectie.

Herkenning van subtiele kleine veranderingen van de wond zoals toename van exsudaat, pus, temperatuur, veranderende kleur of geur, alsmede toename van pijn kunnen de eerste klinische tekenen zijn van een naderende infectie.

Om dit betrouwbaar te kunnen evalueren is het noodzakelijk dat een wond zoveel mogelijk door éénzelfde (gespecialiseerde) zorgverlener wordt verzorgd.

Als locale en systemische symptomen afwezig, verzwakt of een valkuil zijn.

Kijkend naar de diabetische voet, komen we nog meer problemen tegen waardoor het nog moeilijker wordt om een infectie te diagnosticeren.

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

Een acute rode voet hoeft niet altijd een infectie te betekenen.

Oorzaken voor het ontstaan van een ontstekingsreactie zijn:

- 1) Infectie - zich beperkend tot de huid (cellulitis)
- dieper infecties t.g.v. bacteriële penetratie in het weefsel of bot
- 2) Neuro-osteopathie (Charcot)
- 3) Marsfracturen

Voor het ontstaan van een infectie is een defect in de huidstructuur nodig.

Voor het ontstaan een voetulcus zijn drie belangrijke factoren verantwoordelijk, te weten; neuropathie, ischemie en een trauma.

In geval van een slecht ingestelde glucosespiegel treedt een stoornis op in het afweermecanisme (Eron, 1999), waardoor een diabetes patiënt een grotere kans heeft op een wondinfectie.

Symptomen kunnen ontbreken of verzwakt zijn (Falanga, 2005).

Als gevolg van de neuropathie kunnen pijn en roodheid ontbreken.

Neuropathie leidt tot een gestoorde feedback en vasodilatatie (verwijden van capillaire vaten).

Ischemie leidt tot afwezigheid van erytheem (geen autolyse in geval van necrose).

Dinh en Veves (2005), hebben aangetoond dat bij micro-angiopathie als gevolg van verharding van de vaatwand een moeizame uittreding plaats vind van leukocyten bij infectie.

Als uiteindelijk de symptomen zich toch manifesteren escaleert het vaak snel.

Milde en ernstige wondinfecties.

Het is belangrijk de definitie en klinische kenmerken van contaminatie, kolonisatie en infectie te kennen in het algemeen.

Moeilijk is de overgang tussen die laatste twee, waar eindigt kolonisatie en waar begint infectie?

Hierdoor is de term "kritische kolonisatie" ontstaan.

In de praktijk word het er alleen maar moeilijker op.

Mede door het kunnen ontbreken van symptomen bij de diabetes patiënt spreken we liever van milde of ernstige wondinfecties.

Mild geïnfecteerde wonden vertonen vaak wat necrose of geen groei van nieuw granulatieweefsel, lichte zwelling, verhoogde temperatuur van de huid rond de wond, soms purulent of toename van wondvocht, geur en roodheid minder dan 2 cm rond de wond (Joseph, 2003).

Ernstig geïnfecteerde wonden zijn vaak diep (met necrose), grauwe kleur, nat, purulent / pus, (ernstige) geur en een cellulitis van meer dan 2 cm rond de wond. Soms is er blaarvorming in de omgeving of zijn er rode vlekken op het onderbeen waar te nemen.

Agressieve wondzorg bij de diabetisch voet.

Kijkend naar het voorafgaande kunnen we concluderen dat het noodzakelijk is om de condities voor het ontstaan van een wondinfectie te verkleinen.

Locale factoren voor het ontstaan van een infectie kunnen zijn; necrotisch weefsel, een gestoorde perfusie van het weefsel, een vreemd lichaam, calluswal of een hematoom.

Een langdurig te lage zuurstofspiegel in het wondbed (hypoxy) geeft kolonisatie van bacteriën (Bowler et al. 2001).

Optimalisatie van de weefseldoorbloeding in het wondbed is daarom van essentieel belang bij de behandeling. Dit kan bereikt worden met re-vascularisatie in geval van vaatlijden of frequent scherp debridement bij een adequate bloedcirculatie (agressieve wondzorg).

In geval van een ernstige infectie is een ziekenhuis opname noodzakelijk en antibiotica i.v..

Het vaststellen van een milde infectie is lastiger. Vandaar de wondzorg zoveel mogelijk door éénzelfde gespecialiseerde zorgverlener te laten uitvoeren.

Treedt er duidelijke verandering op in het aspect van het wondvocht (pus), ontstaat er zwelling of roodheid, overweeg dan een breed spectrum antibiotica (oraal) (Position Document EWMA, 2006). Is er een lichte toename van geur of wondvocht en stagnatie van nieuw granulatieweefsel, dan is er plaats voor een locale antimicrobiële wondbedekker.

Mede in geval van resistentie zijn er verschillende antimicrobiële wondbedekkers verkrijgbaar met elk hun eigen specifieke eigenschappen. Zo zijn er producten met toevoeging van zilver, honing of iodine. De madentherapie is een eeuwenoude methode welke bijna vergeten was, maar nu zeer dankbaar bij de behandeling van infecties met resistente micro-organismen.

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 718

Samenvattend.

Dankzij het toenemende aantal multi-disciplinaire voetenteams worden wondinfecties sneller herkent of zelfs voorkomen. Uit verkregen cijfers van sterftegevallen als gevolg van een sepsis zal blijken of we op de goede weg zijn wat betreft de nieuwe kwaliteitsnormen.

Een goed hulpmiddel is de richtlijn Diabetische voet van de NIV, het CBO en de NDF, 2006.

Literatuur

8. Bowler PG, Duerden BI, Armstrong DG. 2001. Wound Microbiology and Associated Approaches to Wound Management. *Clinical Microbiology Reviews*, 14, 2:244-269.
9. Dinh T, Veves A., *Curr Pharm Des* 2005; 11: 2301-9.
10. Eron LJ. Targeting Pathogens in Acute Traumatic and Chronic Wounds. *J Emer Med*, 17, 1:189-195, 1999.
11. European Wound Management Association (EWMA). Position document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005.
12. European Wound Management Association (EWMA). Position document: Management of wound infection. = London: MEP Ltd, 2006.
13. Falanga V. Woundhealing and its impairment in the diabetic foot. *Lancet* 2005; 366: 1736-43.
14. Joseph W. 2003. *Handbook of lower Extremity Infections*, 2nd Edition. Churchill Livingstone. 109-125.

12.00 - 12.30 De psychologische aspecten bij het dragen van orthopedisch schoeisel

F. Schonagen, orthopedisch schoentechnicus

'Goed' schoeisel.... en dan?

Uit onderzoek blijkt dat 19 tot 25 % van de patiënten het voorgeschreven schoeisel niet draagt.

Tussen de patiënten die wel het voorgeschreven schoeisel dragen en degene die dit niet doen is geen verschil in geslacht, duur van de DM, frequentie van ulcera in de voorgeschiedenis, sociale achtergrond of opleiding aantoonbaar. In 90% van de gevallen is de reden voor het niet dragen van de schoenen van esthetische aard, vaak is dit al redelijk voorspelbaar bij het aanmeten van de schoenen.

Adequaat schoeisel is een vereiste bij het behandelen van ulcera aan de voeten.

Uit onderzoek is ook gebleken dat ongeveer 80 % van de patiënten die geen adequate schoenen een recidief ulcus kregen.

Van groot belang is dus het dragen van verantwoord en 'goed' schoeisel die dan ook 'passen' bij de patiënt.

Met de moderne technieken van tegenwoordig zien we gelukkig steeds mooiere schoenen, zodat de acceptatie van voorgeschreven schoenen beter wordt.

Het blijft wel een kwestie van motiveren en blijven volgen van problematische ulcera.

Alleen een schone wond kan genezen

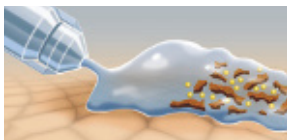
Prontosan® - De oplossing voor chronische wonden



Normale wondspoeling



Prontosan®



wondspoelmiddel voor chronische wonden
weekt necrose, fibrine en biofilm los
versnelt het wondgenezingsproces
pijnlijk aan te brengen
leverbaar als wondspoelmiddel en gel

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 716

09.30 - 10.00	Ondervoeding bij obesitaspatiënten	G. Wesseling-Keuning, diëtist Martini Ziekenhuis, Groningen
10.00 - 10.30	Laserbehandeling bij littekentherapie	Dr. A. van Trier, plastisch chirurg Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
10.30 - 11.00	Blaren bij brandwonden	A. van Es, verpleegkundige Brandwondencentrum Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Epidermolysis bullosa en auto-immune blaarziekten	J. Duipmans, Dermatologie Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
12.00 - 12.30	Siliconenbehandeling bij littekens	Prof. Dr. E. v.d. Kerckhoven, Faculteit kinesiologie en rehabilitatie wetenschappen Leuven, België
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	

09.30 - 10.00 "Brandwonden en overgewicht, aandacht voor voeding"

G. Wesseling-Keuning, diëtiste

Wereldwijd heeft de toename van overgewicht en obesitas epidemische vormen aangenomen. Ook in Nederland zijn steeds meer mensen te zwaar. Zo'n 40 % van de volwassen Nederlanders heeft overgewicht en 10% is obees. Overgewicht ontstaat door een positieve energiebalans. Wanneer het lichaam gedurende langere tijd meer energie binnenkrijgt dan het verbruikt, wordt het overschot aan energie opgeslagen als lichaamsvet. Een klein positief verschil in energie-inname ten opzichte van het energieverbruik kan al leiden tot overgewicht. Overgewicht brengt grote risico's voor de gezondheid met zich mee. De kans op onder meer hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en bepaalde vormen van kanker neemt toe.

Of er sprake is van overgewicht, kan bepaald worden door de Body Mass index (BMI).

Dit is een index voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. Het geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. De BMI wordt berekend door het gewicht in kilo's te delen door de lengte in meters in het kwadraat (kg/m^2).

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) spreekt van een normaal gewicht bij een BMI van 18.5-25 kg/m^2 . Er is sprake van overgewicht bij een BMI tussen de 25 - 30 kg/m^2 en van obesitas (ernstig overgewicht) bij een BMI van 30 kg/m^2 of meer. Morbide obesitas geldt bij een BMI van 40 kg/m^2 of meer.

De behandeling van overgewicht richt zich op blijvend gewichtsverlies van 10%. Dit relatief geringe gewichtsverlies helpt de gezondheidsrisico's aanzienlijk te verkleinen, ongeacht de mate van overgewicht. Afvallen kan door gebruik te maken van een voeding volgens de richtlijnen Goede Voeding met beperking van vet, suiker (en alcohol) en daarnaast 60 minuten per dag matig intensief te bewegen. Op deze manier is er sprake van verantwoord afvallen.

Doordat de prevalentie van overgewicht toeneemt, wordt de kans op een patiënt met overgewicht op het brandwondencentrum groter. Het doel van de behandeling is genezing van de wonden en het voorkomen van complicaties zoals infecties. Voeding is hierin een belangrijk onderdeel. Het doel van de dieetbehandeling is de patiënt in een optimale voedingstoestand te houden/brengen als bijdrage aan genezing.

Bij ernstige brandwonden is sprake van functieverlies van de huid en hypermetabolisme. Het gevolg is o.a een sterk verhoogde behoefte aan energie en voedingsstoffen. Ook de vochtbehoefte is verhoogd.

De energie- en voedingsbehoefte wordt geschat met behulp van formules die gebruik maken van het gewicht en het percentage brandwonden. Dit kan leiden tot een overschatting van de behoefte. Een teveel aan energie wordt in het lichaam omgezet in vet en zorgt voor ongewenste gewichtstoename. Krijgt de patiënt echter te weinig voeding dan ontstaat vanwege de sterk verhoogde behoefte zeer snel klinische depletie. Dit is een tekort aan energie en voeding-

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 716

stoffen als gevolg van ziekte. Klinische depletie zorgt voor verlies van lichaamsgewicht en spiermassa, daling van de weerstand, verhoogde kans op complicaties en een vertraagde wondgenezing. Het is dus van belang een goede balans te vinden. Dit kan door nauwkeurig het gewicht te volgen tijdens de opname. Het streven is om het gewicht dat de patiënt bij opname heeft te handhaven. In deze situatie is gewichtsverlies niet wenselijk, omdat dit het herstel belemmert met alle gevolgen van dien

10.30 - 11.00 Blaren bij brandwonden

A. van Es, verpleegkundige

Het gemiddeld aantal brandwondenslachtoffers per jaar, in de algemene Nederlandse situatie, kan als volgt worden verdeeld:

- 500 in brandwondencentra,
- 1500 in ziekenhuizen,
- 55.000 - 110.000 huisarts/polli.

Er mag aangenomen worden dat veel van deze brandwondenslachtoffers 2e graads brandwondenblaren hebben.

Dan kan er ook aangenomen worden dat er veel artsen en verpleegkundigen zijn die een patiënt met 2e graads brandwondenblaren behandelen en verzorgen.

Wat zijn hun overwegingen bij de behandeling en verzorgen van die blaren. Waar moet rekening mee worden gehouden. Moeten de blaren intact worden gelaten of niet.

De behandeling en verzorging van blaren bij brandwonden blijft een discussiepunt.

Kan het samenkomen van de professionele vak kennis met kennis gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek (propositionele kennis) leiden tot een evidence-based beslissing?

De behandeling van blaren bij brandwonden kan ondersteund gaan worden aan de hand van 'evidence' op de volgende 6 categorieën:

1. Infectie,
2. Genezing,
3. Functionaliteit en Esthetisch resultaat,
4. Patiënten comfort,
5. Gemak van verbandwissel,
6. Kostenaspect,

gecombineerd met de expertise van de behandelaar en met de hulpbronnen en middelen in zijn praktijksituatie.

Literatuur

Sargent RL.

Management of blisters in the partial-thickness burn: an integrative research review.

J Burn Care Res. 2006 Jan-Feb;27(1):66-81. Review.

11.30 - 12.00 Epidermolysis bullosa en auto-immune blaarziekten

J. Duipmans, dermatologie

Er is geen orgaan in het lichaam, of er bestaan een reeks auto immuun ziekten tegen dat orgaan. Al die ziekten hebben gemeen dat er in het bloed antistoffen tegen dat orgaan zijn. Dat zijn stoffen die trachten dat orgaan te vernietigen. Ons grootste orgaan, de huid, kent ook verschillende auto-immuunziekten. Wanneer dit gepaard gaat met blaarvorming spreken we van auto-immuun blaarziekten. Bijvoorbeeld bij Pemphigus en Pemfigoïd maakt het immuunsysteem antistoffen tegen specifieke celbindings-eiwitten in de huid. Als gevolg daarvan binden huidcellen minder goed aan elkaar en het contact tussen cellen gaat zelfs verloren. Met als resultaat blaarvorming.

De ziekte kan zowel huid als slijmvliezen aantasten. De ziekten kunnen niet worden genezen. Wel kunnen ze in de meeste gevallen (ongeveer 90%) onder controle gebracht worden met de juiste medicatie.

De celbindingseiwitten kunnen ook van nature afwezig of slecht aangelegd zijn, zoals bijvoorbeeld bij Epidermolysis bullosa. Ook bij deze groep ziekten ontstaan er dan blaren, meestal wanneer er sprake is van trauma op de huid (frictie, stoten). Deze erfelijke aandoening blijkt direct na de geboorte en kan, net als bij de auto-immuunziekten, zowel

PARALLELSESSIE BRANDWONDEN

ZAAL 716

huid als slijmvliezen aantasten. Epidermolysis bullosa kan niet worden genezen en er is geen medicamenteuze behandeling. Wel kan er veel gedaan worden om de blaarvorming en de nadelige gevolgen ervan, te verminderen. Zowel de auto-immuunblaarziekten als Epidermolysis bullosa worden verder uitgewerkt; ook worden de verpleegkundige interventies besproken.

12.00 - 12.30 De behandeling en preventie van ernstige littekens: een wetenschappelijk onderbouwde stand van zaken

E. Van den Kerckhove P.T., PhD^{1,2}.

In de behandeling van ernstige littekens worden heden veel verschillende therapeutische strategieën toegepast die hun bestaansrecht deels halen uit een jarenlange veralgemeende toepassing. In sommige gevallen heeft dit ook geleid tot een algemene aanvaarding van de techniek. Jammer genoeg kunnen slechts weinig van de huidige toepassingen echt bogen op basiswetenschappelijke studies die op basis van prospectief gerandomiseerd onderzoek en met behulp van objectieve meetinstrumenten en controlegroepen werden doorgevoerd.

In deze uiteenzetting willen we dan ook een beperkt overzicht bieden van de huidige stand van zaken op basis van wetenschappelijk onderzoek in het gebruik van voornamelijk niet-invasieve technieken in deze specifieke tak van de revalidatie.

Hieruit zal als aanbeveling blijken dat voornamelijk het gebruik van siliconen gelverbanden eventueel in combinatie met drukverbanden en/of corticoiden injecties wetenschappelijk gezien de meest aangewezen middelen zijn om een ernstig litteken te voorkomen of te behandelen.

¹Fysiotherapeut brandwondencentrum , UZ gasthuisberg, Herestraat 49 te 3000 Leuven

²Docent Faculteit Kinesiologie en Revalidatiewetenschappen,

Dept. Revalidatiewetenschappen, Tervuursevest 101 te 3001 Heverlee



De decubitus specialist
heeft **een nieuwe naam!**



 **Joerns**
Healthcare

Voorheen Sunrise Medical LTC

De decubitus specialist! **Wie anders?**

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 712

09.30 - 09.50	De rol van voeding bij het ontstaan van kanker.	Dr.Ir. Mw Sandra Bausch-Goldbohm, Senior onderzoeker TNO Delft
09.50 - 10.00	Casus "Kanker in het hoofd/halsgebied" Benadering vanuit intra- en extramuraal	M. Keijzer, wond-stoma verpleegkundige Aveant Expertisecentrum Thuiszorg, Utrecht H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie UMC St. Radboud, Nijmegen
10.00 - 10.30	Bespreken van de casus gerelateerde wondverzorgingsproblematiek en het aandragen van oplossingen	M. Keijzer, wond-stoma verpleegkundige Aveant Expertisecentrum Thuiszorg, Utrecht H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie UMC St. Radboud, Nijmegen
10.30 - 11.00	(Onder)voeding en wondgenezing	H. Wierda, diëtist UMC St. Radboud, Nijmegen
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Ascitisdrainge thuis	R.Dubbelman, nurse practitioner chemo-radiotherapie Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
12.00 - 12.30	Plastische chirurgie bij oncologische patiënten	Dr. J.J. Hage, plastisch chirurg Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	

Zelfde programma als van de eerste dag.

09.30 - 09.50 Presentatie door TNO over voeding in relatie tot kanker

09.50 - 10.00 Casus "Kanker in het hoofd/halsgebied". Benadering vanuit intra- en extramuraal

M. Keijzer, wond-stomaverpleegkundige, H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie

10.00 - 10.30 Bespreken van de casus gerelateerde wondverzorgingsproblematiek en het aandragen van oplossingen

M. Keijzer, wond-stomaverpleegkundige, H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie

10.30 - 11.00 (Onder)voeding en wondgenezing

H. Wierda, diëtist

Energie- en eiwitondervoeding is een veelvoorkomend probleem bij de oncologische patiënt. Afhankelijk van de meetmethode, leeftijd en het soort tumor ligt de prevalentie tussen de 30-85%. De meeste patiënten hebben al gewicht verloren voordat de diagnose is gesteld en 45% van de patiënten verliest tijdens het ziekteproces meer dan 10% van het oorspronkelijke gewicht.

Met screeningslijsten als de MUST en de SNAQ kan een risicoscore op het ontwikkelen van ondervoeding worden vastgesteld.

In de curatieve setting is het voorkomen en het behandelen van ondervoeding van essentieel belang.

De ondervoede patiënt heeft een groter risico op complicaties van chirurgie zoals een vertraagde wondgenezing, groter infectierisico. Een goede voedingstoestand heeft ook positief effect op de frequentie, ernst en duur van de bijwerkingen van radiotherapie en chemotherapie. Kwaliteit van leven wordt hierdoor ook positief beïnvloed. In de curatieve setting is het doel van de voedingsbehandeling dan ook altijd het handhaven dan wel verbeteren van de voedingstoestand.

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 712

In de palliatieve setting waarin er geen behandeling van de patiënt meer plaatsvindt, heeft de voedingsinterventie een heel ander doel. Voedingsinterventie is primair gericht op het maximaal welbevinden en het oplossen en/of om kunnen gaan met voedingsgerelateerde klachten. Handhaven van de voedingstoestand is niet uitgesloten, maar heeft vaak geen prioriteit.

Aan de hand van een casus worden tijdens de sessie de noodzaak, doelen en interventies van voeding in zowel de curatieve als palliatieve setting toegelicht.

11.30 - 12.00 Ascitesdrainage thuis

R. Dubbelman, NP Chemo-Radiotherapie,

Onder ascites wordt een pathologische vochtophoping in de peritoneaalholte verstaan. De meest voorkomende oorzaak van ascites bij kankerpatiënten zijn peritonitis carcinomatosa, massale metastasering in de lever, obstructie van de vena cava inferior of de vena hepatica door tumorgroei of beschadiging of obstructie van lymfevaten en metastasering in het peritoneum -

Door de grote hoeveelheid vocht in de buikholte ontwikkelen de patiënten klachten als misselijkheid, problemen bij de ademhaling, beperkte mobiliteit en gebrek aan eetlust. Om de buikholte te ontlasten moet de patiënt regelmatig naar het ziekenhuis komen voor paracentese d.w.z. een ascitespunctie.

Ascites vorming en de daarvoor benodigde paracentese in het laatste stadium van de ziekte kanker heeft een negatieve invloed op het welzijn van de patiënt en maakt de patiënt in hoge mate afhankelijk van het ziekenhuis.

Er worden, naast paracentese, diverse andere methoden onderzocht om de ascites te draineren. Een van die methoden is het inbrengen van een zogenaamde PleurXcatheter.

De PleurXcatheter is een drainagesysteem dat oorspronkelijk is ontwikkeld voor de drainage van pleuravocht.

Sinds eind 2002 loopt er een studie in het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) naar de toepassing van de PleurXcatheter voor ascites.

Er wordt o.a. onderzoek gedaan naar de complicaties van de PleurXcatheter, hoelang de catheter in situ blijft, of voorkomen kan worden dat patiënten in de palliatieve/terminale fase van hun ziekte regelmatig naar het ziekenhuis moeten komen voor paracentese en de invloed op het welzijn van de patiënt.

Tot nu toe zijn er 48 patiënten geënterd in de studie, 33 vrouwen en 15 mannen met verschillende vormen van kanker.

12.00 - 12.30 Plastische chirurgie bij oncologische patiënten

J.J. Hage, plastisch chirurg

 **smith&nephew**

ALGISITE[◊] Ag

Calcium algiinaat wondkompres
met zilver

Geef bacteriën geen kans

Het nieuwe barrièrekompres voor chronische exsuderende wonden

ALGISITE Ag is een zilver geïmpregneerd calcium algiinaatkompres. Het algiinaat zorgt voor een sterke absorptie van wondvocht en vormt hierbij een zachte consistente gel. Dankzij de antimicrobiële werking van het zilver zorgt ALGISITE Ag 7 dagen voor een effectieve barrière.

Deze combinatie samen met de gunstige prijsstelling maakt ALGISITE Ag het ideale barrièrekompres!



Nieuw

Wondverzorging

Smith & Nephew B.V., Postbus 525, 2130 AM, Hoofddorp
T 020-6543999, F 020-6532099, E holland.info@smith-nephew.com

www.smithnephew.nl

◊ Handelsmerk van Smith & Nephew

SPONSORPROGRAMMA VAN LOHMANN & RAUSCHER

ZAAL 312

09.30 - 10.15	Presentatie onderzoek moderne wondbehandeling en compressietherapie (beoordeling microcirculatie)	A. Andriessen, clinical innovator medical tissue repair, Malden
10.15 - 11.00	Classificatie van wonden	A. Andriessen, clinical innovator medical tissue repair, Malden
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Nieuwe ontwikkelingen in de compressietherapie (theorie en praktijk)	Lohmann & Rauscher
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	



De nieuwste generatie V.A.C.[®] Therapie



SEAL CHECK™



THERAPIE HISTORIE



WONDMETING
(InfoV.A.C.[®])

InfoV.A.C.[®] en ActiV.A.C.[®] de nieuwste generatie V.A.C.[®] Therapie

Betere resultaten nu nog meer inzichtelijk

Kwaliteit van leven
 Snel
 Efficiënt
 Kosteneffectief



KCI Medical B.V. +31 (0)30 635 58 85 www.kci-medical.com

© 2007, KCI Licensing, Inc. Alle rechten voorbehouden. Alle in dit document aangegeven handelsmerken zijn het eigendom van KCI, aan haar gelieerde bedrijven en licentieverleners. De met het "®" of "TM" symbool aangegeven KCI-handelsmerken zijn gedeponeerd in ten minste één land waar dit product/dienst wordt aangeboden, maar niet noodzakelijkerwijs in al deze landen. De meeste in dit document genoemde KCI-producten worden door octrooien gedekt of er zijn octrooien voor aangevraagd.

SPONSORPROGRAMMA VAN HUNTLEIGH HEALTHCARE

ZAAL 714

	Negative Pressure, Positive Outcomes De introductie van WoundAssist TNP in Nederland. Tijdens de EPUAP introduceerde Huntleigh Healthcare haar nieuwste product voor wondbehandeling met behulp van negatieve druk, de WoundAssist TNP. Tijdens de WCS dagen wordt dit product voor het eerst in Nederland aan u getoond.	
09.30 - 09.45	Opening	F. van Hulst, General Manager ARJO/ Huntleigh Healthcare
09.45 - 10.15	Introductie van de WoundAssist	M. Palmer Global Product manager Huntleigh Healthcare
10.15 - 11.00	Wound sealing volgens het Chariker-Jeter principe	R. Cordemeyer, Field Sales Manager Huntleigh Healthcare
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.15	Case studie presentatie	Ch. Jochems, Wond & Decubitus consulent, Alb. Schweitzer ziekenhuis Dordrecht
12.15-12.30	Vragen en Afsluiting	Freek van Hulst
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	



Huntleigh
HEALTHCARE

SPONSORPROGRAMMA VAN SMITH & NEPHEW

ZAAL 314

	Dagvoorzitter	J. Oude Luttikhuis, Smith & Nephew
09.30 - 11.00	Snelle en selectieve wondexcisie ! Inleiding (35 minuten) - voorbereiding van het wondbed met behulp van de Versajet. Snelle en selectieve verwijdering van necrotisch en inflammatoir weefsel.	L. de Clerck, Smith & Nephew, Brussel
11.00 - 11.30	Pauze	
11.30 - 12.00	Versajet, Acticoat en Biobrane bij de behandeling van brandwonden. Infectiepreventie en behandeling (40 minuten), het toepassen van een tijdelijke huidvervanger (20 minuten). Behandeling van brandwonden anno 2007.	L. de Clerck, Smith & Nephew, Brussel
12.30 - 14.00	Pauze	
14.00 - 16.00	Plenaire sessie Beatrixzaal	