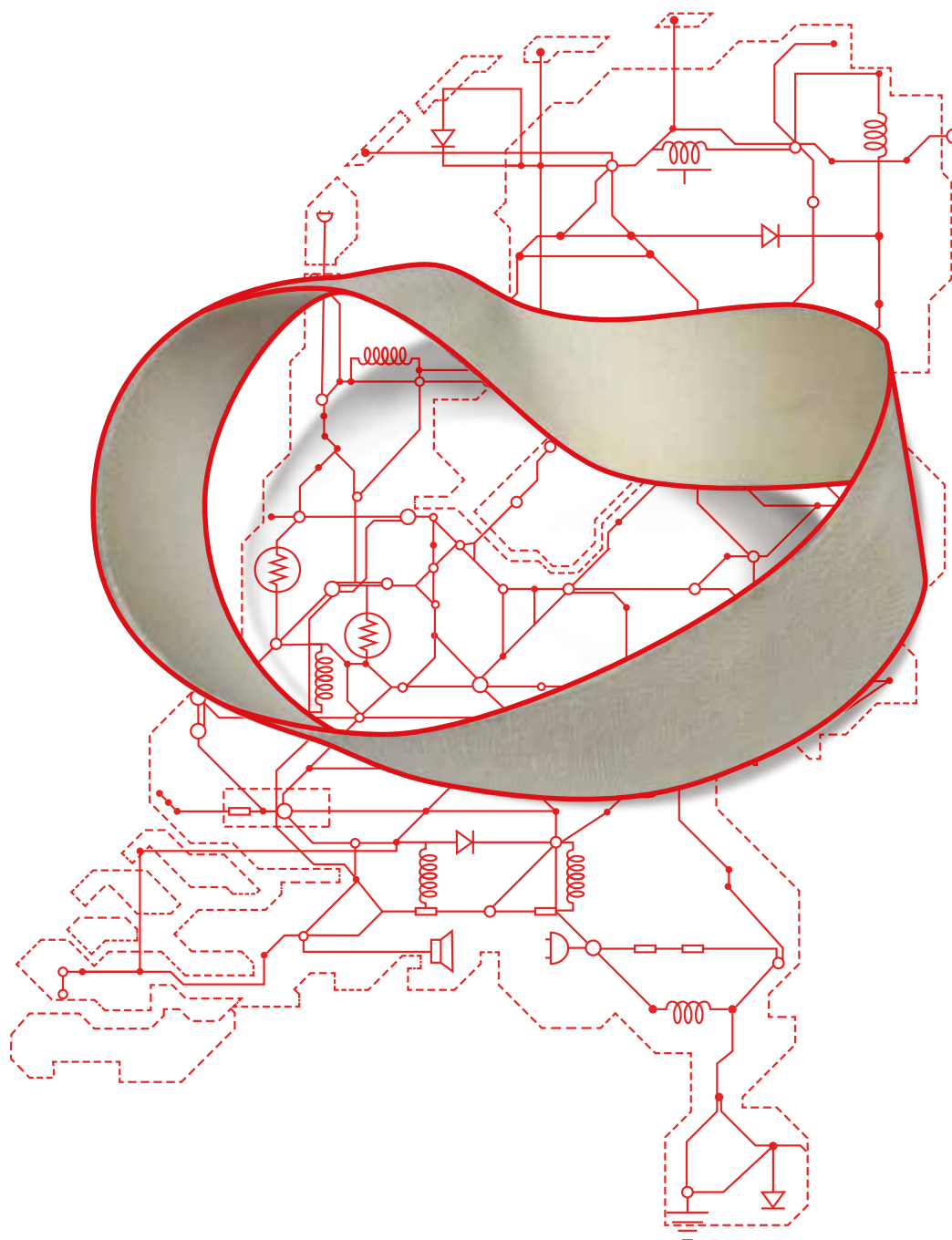


WCS

Kenniscentrum Wondzorg

jaargang 29 | congresnummer | november 2013

NIEUWS



- WCS Congres 'Wondzorg verbindt'
- Dinsdag 26 november 2013
- Woensdag 27 november 2013

Colofon

Jaargang 29, congresnummer, november 2013

Redactie

Alette de Jong, hoofdredacteur
Karin Timm, eindredacteur

Redactieraad

André van Es
Barbara den Boogert
Ellie Lenselink
Sandra van Ruitenburg
Margriet Löwik
Corrie Noteboom

Redactieadres

e-mail: redactie@wcs.nl
http://www.wcs.nl
WCS t.a.v. redactie,
Postbus 259, 2300 AG Leiden

Advertentieverkoop

Rene Baljon
e-mail: rene@wcs.nl

Abonnementen

Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan.
Aanmelding via www.wcs.nl. Een abonnement loopt automatisch door, tenzij het uiterlijk 30 dagen voor de vervaldatum bij het secretariaat wordt opgezegd. Dit kan zowel schriftelijk als per e-mail. info@wcs.nl
Bank: ING 2554131
ABNAMRO 474088537 t.n.v. WCS.

Abonnementsprijzen

Het abonnement op WCS Nieuws geeft recht op reductie op de toegang tot congressen en cursussen georganiseerd door de WCS.
Kosten € 35 per jaar, losse nummers € 15

WCS Kenniscentrum Wondzorg

Doelstelling WCS

Het doel van de WCS is te functioneren als nationaal kenniscentrum op het gebied van wond- en huidzorg, ten einde het kennisniveau van professionals in de gezondheidszorg te verhogen, om daarmee de kwaliteit van de wond- en huidzorg te verbeteren. De WCS tracht dit doel onder meer te bereiken door:

- Het organiseren van cursussen, congressen, symposia, bijscholing en lezingen,
- Het uitgeven van publicaties,
- Het bevorderen en stimuleren van onderzoek,

WCS secretariaat

U kunt ons benaderen voor:

- verkrijgen van adviezen over wondbehandeling,
- aanmelden voor een abonnement op het WCS Nieuws,
- aanvragen van bijscholing en lezingen.

Dick van Duyn, info@wcs.nl
Postbus 259, 2300 AG Leiden
Antwoordnummer 10259, 2300VB Leiden

WCS Nieuws

WCS Nieuws is een informatieve uitgave van de WCS en verschijnt 4 keer per jaar.
ISSN 0928-9720
Oplage: 2000
Druk: Edauw+Johannissen, Den Haag
Coverillustratie: Instituut voor Beeld en Vorm, Rotterdam
Vormgeving en opmaak: René van Rossum - Puffin dtp & fotografie, Katwijk.

Aansprakelijkheid

De redactie is niet aansprakelijk voor de inhoud van de onder auteursnaam opgenomen artikelen. De redactie is ook niet verantwoordelijk voor de juistheid van de advertenties.

Copyright

Het copyright van artikelen en andere publicaties op de website, in de papieren versie van het tijdschrift en in andere verschijningsvormen ligt bij de WCS. Het is toegestaan passages uit artikelen, literatuurverwijzingen naar artikelen en weblinks naar artikelen op te nemen in druk of op andere websites, mits met duidelijke bronvermelding.
Het is niet toegestaan gehele artikelen uit dit tijdschrift of de website openbaar te maken door middel van druk, op andere websites of op welke wijze ook, zonder schriftelijke toestemming van de redactie. Niets uit deze uitgave mag worden gereproduceerd door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de WCS.

- Het uitdragen van het WCS Classificatiemodel om structuur in de wondbehandeling te kunnen aanbrengen,
- Alle andere handelingen die met bovenstaande verband houden of daartoe bevorderlijk kunnen zijn.

1. Bijscholing en lezingen

De WCS verzorgt reeds lange tijd bijscholing voor ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, opleidingen en lezingen tijdens symposia en congressen.

2. WCS Classificatiemodel voor lokale wondbehandeling

Met dit model kunt u structuur aanbrengen in de wondbehandeling. Het model gaat uit van een stadia-indeling volgens herkenbare kleuren en is gemakkelijk toepasbaar. Het is een prima hulpmiddel in de dagelijkse praktijk van de wondbehandelaar.

WCS Congres 'Wondzorg verbindt' Veertiende en grootste tweedaags wondcongres van Nederland

Tijd

Het is vreemd dat het je gaat duizelen als je nadenkt over wat tijd is. Alsof het woord 'tijd' je een ruimte of een verte in laat kijken. Nadenken over de tijd geeft dat vreemd mooie, eindeloze gevoel. Als je dat woord laat rondspoken creëert het een vreemde, maar ook aangename leegte. Een fysicus omschreef laatst de definitie van tijd: 'Time is nature's way to keep everything from happening all at once.' Je begrijpt dat het je dan gaat duizelen.

De tekst is van het gedicht 'Tijd' van Rutger Kopland. Wondzorg en de ontwikkelingen rondom wondzorg zijn in de loop van jaren sterk ontwikkeld. Tijd heeft ruimte gegeven om verpleegkundigen en verzorgenden zich te laten ontwikkelen tot gewaardeerde professionals in het werkveld wondzorg. Tijd heeft er ook voor gezorgd dat er toenemend professionals promoveren op het onderwerp wondzorg, onderzoeken worden gepubliceerd en terug te vinden zijn op, bijvoorbeeld, PubMed. Relaties worden gelegd tussen o.a. pijn, voeding, drukontlasting en voorlichting rondom wondzorg. De verpleegkundigen gaan steeds meer samenwerken met de specialist en de thuiszorg gaat steeds meer in overleg met de huisarts. Ook andere professionals hebben interesse in wondzorg gekregen, zoals fysiotherapeuten, gipsverbandmeesters, podo- en oedeemtherapeuten en diabetesverpleegkundigen. Alle sprekers van deze twee congresdagen zijn met elkaar verbonden rond het thema wondzorg. Ze spreken over het verleden, heden en de toekomst van de wondzorg. Deze inspiratie moet ons als professionals vleugels geven om 'morgen' met veel enthousiasme verder te gaan. Of zoals Rutger Kopland zegt: dat je een ruimte of een verte in laat kijken.

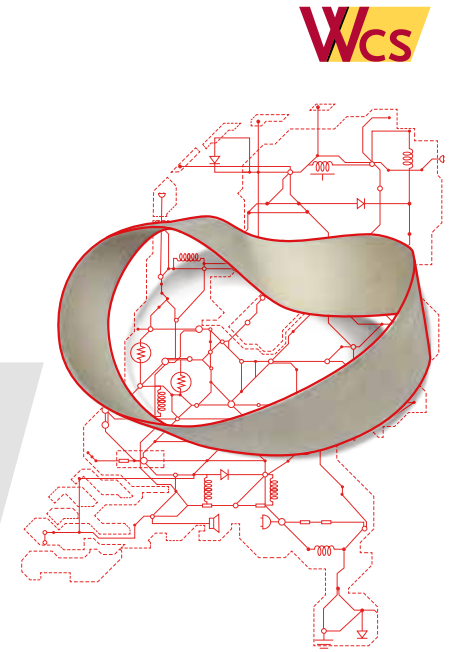
Welkom op het veertiende WCS Congres met als thema 'Wondzorg verbindt'. Twee dagen congres betekent veel kennis en ervaringen van anderen horen en bespreken. In de diverse workshop gaan jullie letterlijk verbinden, technieken en casuïstieken bespreken. Er wordt een actieve rol verwacht van jullie als deelnemers. Doe vooral mee, verbindt, want ook jij hebt veel kennis en ervaringen waar

collega's verdraait veel aan kunnen hebben. Wissel deze ervaringen uit. Maak kennis met elkaar en ga eens in de keuken van de ander kijken. Op die manier haal je veel meer uit dit congres.

We bieden jullie weer een aantrekkelijk programma met een grote variëteit rondom dit thema. Het programma bestaat uit centrale sessies, parallelsessies en sponsorsessies. De hoofdsponsors bieden een eigen programma aan in hun parallelsessies, een bezoek zeker waard. Alle sessies hebben een vrije inloop. Dat betekent dat je flexibeler gebruik kunt maken van ons programma aanbod. Het is wel de bedoeling dat je even wacht tot de spreker klaar is met zijn/haar presentatie voor je naar binnen gaat. Hiermee willen we onrust en verstoringen voorkomen. Alle zalen, behalve de Beatrixzaal, hebben een beperkte capaciteit. Wees er dus snel bij. Als een zaal te vol wordt, gaan de deuren dicht. Gelukkig bieden we per dag acht parallelsessies, dus er is in een van de andere zalen altijd een aantrekkelijk programma. Op de eerste dag vindt de uitreiking plaats van de WCS Award 2013. We gaan iemand weer flink in het zonnetje zetten die zich verdienstelijk heeft gemaakt binnen de wereld van de wondzorg.

Al met al wens ik jullie, namens het voltallige bestuur en de commissieleden een heel goed, leerzaam en ook leuk congres en: verbind!

René Baljon
Voorzitter WCS



In dit nummer

VOORWOORD	1
OVERZICHT STANDS WCS CONGRES 2013	4

DINSDAG 26 NOVEMBER 2013

PROGRAMMA-OVERZICHT WCS CONGRES	9-14
PLENAIRE SESSIE	20
DECUBITUS	22
CHIRURGISCHE WOND	24
ULCUS CRURIS	26
DIABETISCHE VOET	29
BRANDWONDEN	32
ONCOLOGISCHE WOND	35

WOENSDAG 27 NOVEMBER 2013

PROGRAMMA-OVERZICHT WCS CONGRES	15-18
PLENAIRE SESSIE	38
DECUBITUS	40
CHIRURGISCHE WOND	42
ULCUS CRURIS	44
DIABETISCHE VOET	45
BRANDWONDEN	48
ONCOLOGISCHE WOND	51

WEBSITEVERWIJZING	52
WCS CONGRESACTIE	52
WCS ACADEMY	54
SERVICEPAGINA	56

Introductie ALLEVYN Life

De volgende generatie multifunctionele wondkompressen

WCS
PRIMEUR

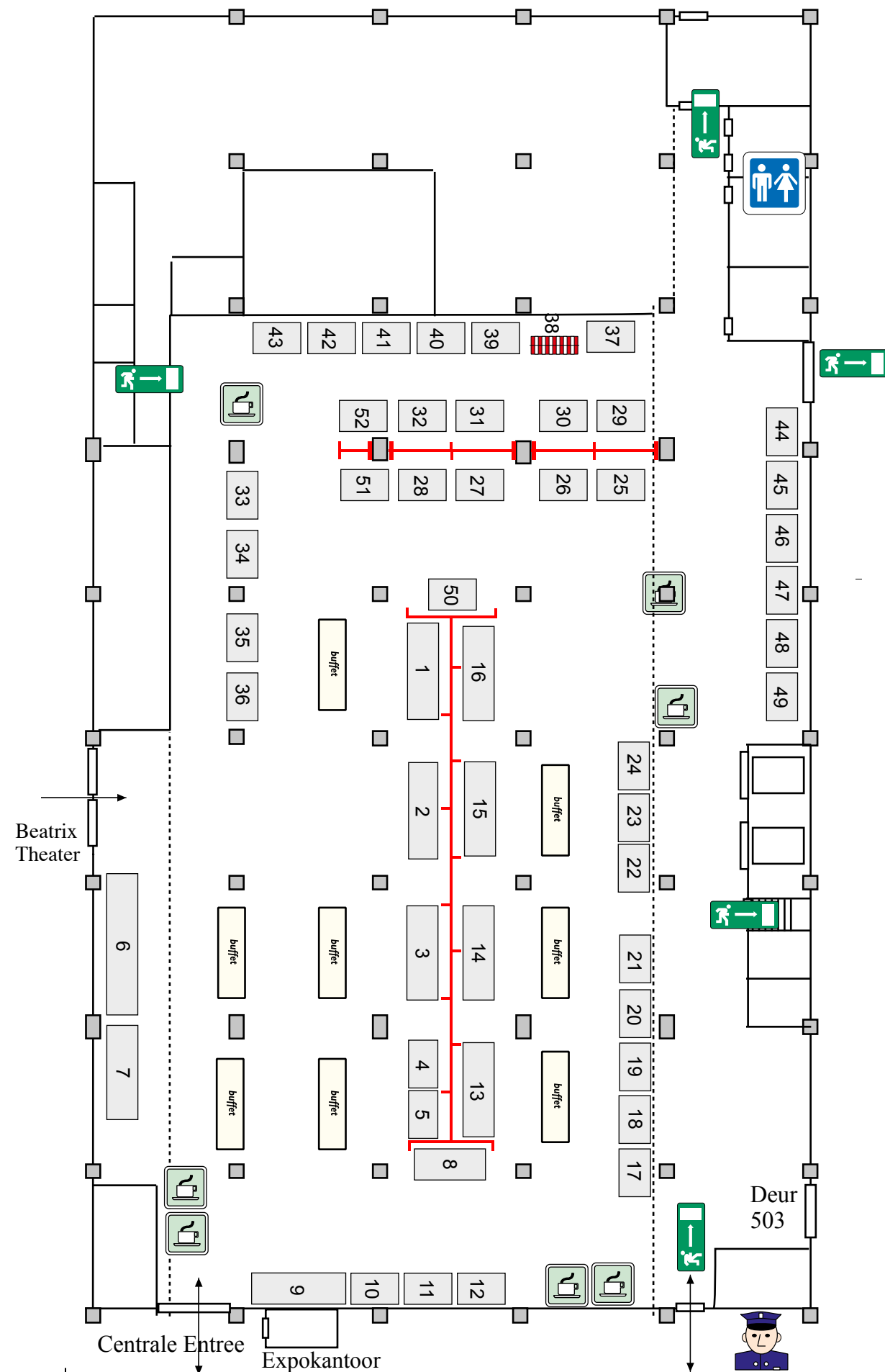


Probeer het zelf uit!

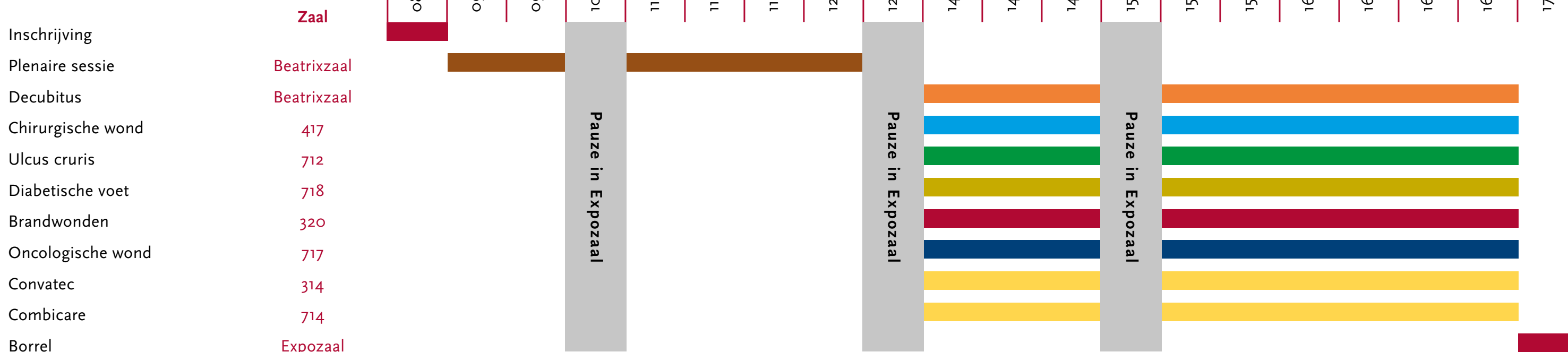
Bezoek ons op de **Smith & Nephew stand** om dit nieuwe wondkompres zelf uit te proberen en neem deel aan onze parallelsessie over **patiënten welzijn** om er meer over te horen.

Overzicht stands WCS Congres 2013

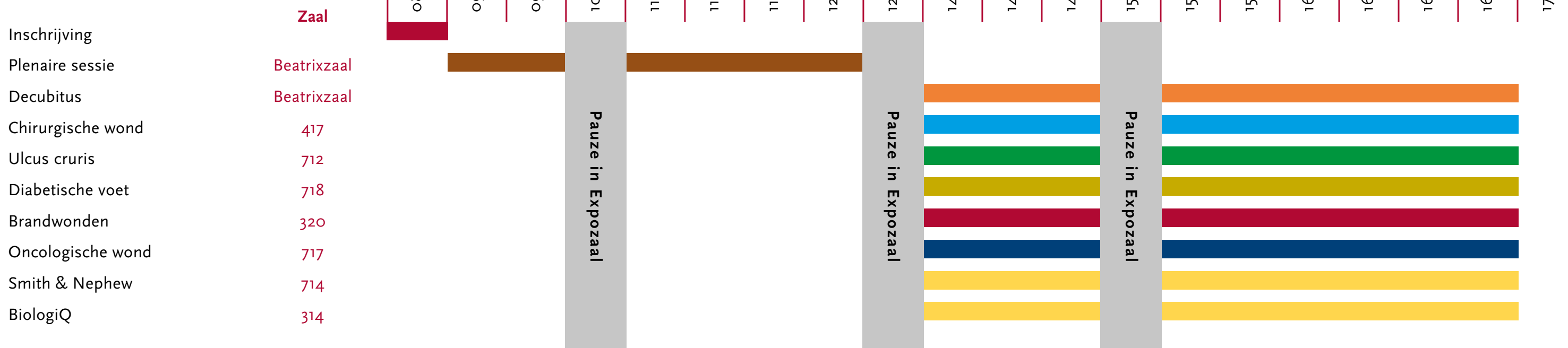
Standnr.	Bedrijf	Standnr.	Bedrijf
1	WCS	27	Systagenics
2	Smith & Nephew	28	Flen Pharma
3	Mediq Combicare	29	Marlen Europe
4	Convatec	30	IVHG
5	BiologiQ	31	Biocodex
6	BSN Medical	32	BAP Medical
7	Urgo Nederland	33	Bos Medical
8	KCI	34	Lohman & Rauscher
9	Ehob Europe	35	Hill-Rom
10	Medeco	36	Paul Hartmann
11	Docs	37	Essedea
12	Molnlycke	38	3M
13	Joerns	39	Abbott Nutricion
14	MediReva	40	WE Medical
15	ArjoHuntleigh	41	Wellform Medical
16	QCare	42	Van Heek Medical
17	TEMPUR-Med	43	Handicare
18	B.Braun	44	Ned. Brandwonden Stichting
19	Doove Medical	45	Decubitus Stichting Nederland
20	Medi Nederland	46	Erasmus MC Zorgacademie
21	Combicare (2)	47	Nederlandse Stoma Vereniging
22	Rochester Medical	48	Huidpatiënten Nederland
23	Ortho Medico	49	Principelle
24	Spring Medical	50	Decupre
25	Redactron	51	Advancis Medical
26	Mathot		



Dinsdag 26 november 2013



Woensdag 27 november 2013



Verantwoordelijkheid
Resultaat
Zorgmanagement
Deskundigheid
Originaliteit
Innovatie
Optimisme
Marktleiderschap
Klantgerichtheid
Focus
Toewijding
Samenwerken

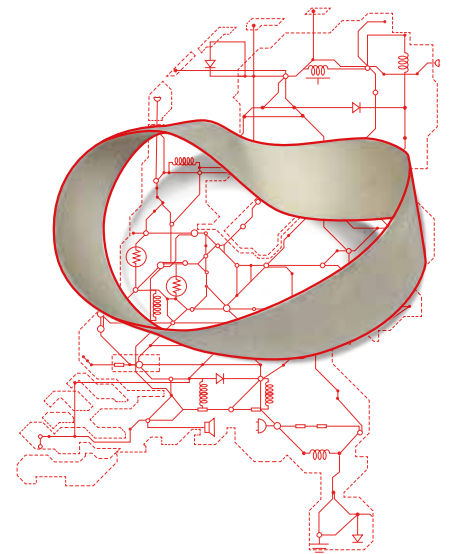
Mediq CombiCare levert een breed pakket aan diensten en producten binnen stoma-, continentie- en retentie- en wondzorg. Uitgangspunt is uw wens. De doelstelling van Mediq CombiCare is om daar zo efficiënt mogelijk op in te spelen.



Mediq CombiCare
Postbus 468, 2800 AL Gouda
Zorgadvieslijn 0800 - 6 226 226
info@mediqcombicare.nl
www.mediqcombicare.nl

WCS Congres 'Wondzorg verbindt' Dinsdag 26 november 2013

Mede mogelijk gemaakt door de volgende hoofdsponsors



Plenaire sessie		Beatrixzaal
09.30 – 09.45	Opening	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS, directeur Het Oogzorgnetwerk, Rotterdam
09.45 – 10.30	Living on the Edge	R. Tuijn, professioneel avonturier, HBO-verpleegkundige
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 10.25	Wondzorg tot 2013 vanuit de specialisten	Prof. dr. med. G.N. Jukema, MD, chef de clinique afdeling traumachirurgie, chirurgie en traumatologie, Universitair Ziekenhuis Zürich, Zürich, Zwitserland
11.25 – 11.50	Wondzorg: van heden en toekomst vanuit de verpleegkundigen en verzorgenden	Dr. H. Vermeulen, senior onderzoeker en stafadviseur Amsterdam Medisch Centrum, lid lectoraat Evidence Based Nursing, Amsterdam-School of Health Professions, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
11.50 – 12.15	Wondzorg in de toekomst: fagentherapie feit of fictie?	Dr. Th. Rose, MD, adjunct-afdelingshoofd afdeling Brandwonden, senior Brandwondchirurg Human Tissue Manager, Militair Hospitaal Koningin Astrid / Brandwondencentrum, Laboratorium voor Moleculaire en Cellulaire Technologie afd. menselijke huid- en keratinocytenbank, Brussel, België
12.15 – 12.30	Uitreiking WCS Award 2013	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS
12.30 – 14.00	Pauze	

Parallelsessie Decubitus

De WCS Commissie Decubitus heeft binnen het congres thema 'Wondzorg Verbindt', een boeiend programma samengesteld. Op de eerste dag verbinden we decubitus met de wetenschap. Je hoort de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van vroege detectie en etiologie van decubitus, de behandeling van decubitus met een huidsubstituut verbindt ons met medisch specialisten. Tijdens de presentatie 'Obesitas en decubitus' hoor je met welke aspecten je rekening moet houden bij dit steeds groter wordende probleem. Na de pauze gaan we verder met diverse onderwerpen ten aanzien van de verbinding van decubituszorg in de keten. Doordat de cliënt in de keten gezien wordt door verschillende disciplines ontstaat er een mooie verbinding d.m.v. transmurale verbanden. Aan de hand van een casus wordt de decubituscliënt via de huisarts en/of de wijkverpleegkundige verbonden met de transmurale decubitusconsulent. Indien nodig wordt de cliënt gezien of volgt overleg met de specialist in het ziekenhuis. In een andere casus start het proces in het ziekenhuis en wordt de cliënt vervolgd in de keten naar de thuissituatie en het verpleeghuis. Ook is er aandacht voor diverse preventieve

strategieën. Denk aan de verbinding met diverse houdingen om decubitusletsels te voorkomen en de preventie op de operatiekamer. Ook aan bod komt het aspect pijn: hoe ga je om met pijn en pijnbehandeling bij cliënten met een decubituswond.

Op de tweede dag is er aandacht voor de richtlijn decubitus in het plenaire gedeelte. 's Middags tijdens de parallelsessies beginnen we met tunnelvisie, gevolgd door een presentatie over de diagnose hieldecubitus en diabetische voetwond. Daarbij is ook ruimte voor discussie. De sessie wordt afgesloten met een presentatie over decubitus in het verpleeghuis. Na de pauze wordt het programma verzorgd door de Decubitus Stichting OZL, waarbij stil wordt gestaan bij de organisatie van wondzorg in een Wond Expertise Centrum, ondersteund door casuïstiek met vele voorbeelden uit de praktijk.

We hopen dat het decubitusprogramma uitnodigt om met ons de verbinding aan te gaan tijdens een van de parallelsessies op 26 en 27 november 2013.

Parallelsessie Decubitus		Beatrixzaal
14.00 – 14.20	De nieuwste ontwikkelingen op het gebied van vroege detectie en etiologie van decubitus	Dr. ir. C.W.J. Oomens, Faculteit Biomedische Technologie, Technische Universiteit, Eindhoven
14.20 – 14.40	Autoloog huidsubstituut voor therapie-resistente ulcera: retrospectieve analyse omtrent veiligheid, toepasbaarheid en effectiviteit bij een poliklinische behandeling of een ziekenhuis opname	Dr. C.M.A. Reijnders, wetenschappelijk onderzoeker, VU Medisch Centrum, Amsterdam
14.40 – 15.00	Onderzoek naar het optreden van complicaties zoals decubitus en wondinfectie bij obese patiënten op de intensive care	P. Vaes, IC- en wondverpleegkundige, P. Vos, research coördinator, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 15.45	Decubituszorg verbindt de ketenzorg	Inleiding casuïstiek
15.45 – 16.00	Wondconsulent als casemanager	S. Janssen, verpleegkundig specialist wondzorg, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
16.00 – 16.15	Decubitus in de thuissituatie	T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent, LangeLand Ziekenhuis en Vierstroom, Zoetermeer
16.15 – 16.30	Wondzorg is meer dan zorg voor de wond	Drs. H.A. Berendsen, revalidatie-arts, Sophia Revalidatie, Delft
16.30 – 16.45	Decubituspreventie rondom een operatie	W. Dekker, wondconsulent, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
16.45 – 17.00	Pijn en pijnbehandeling bij decubitus, graag een graadje meer	M. Giesberts, ontwikkelaar e-learning E-nursing, programmacoördinator opleiding pijnconsulent, Zorgacademie Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
17.00	Borrel	

Parallelsessie Chirurgische Wonden en Stoma

Ook dit jaar heeft de WCS Commissie Chirurgische Wond en Stoma een gevarieerd programma samengesteld. We besteden ruim aandacht aan stomata, specifieke chirurgische wonden en het programma zal ook voor IC- verpleegkundigen interessant zijn. Het thema van dit jaar: wondzorg verbind(t) zal als een rode draad door het programma lopen. Niet alleen in de letterlijke zin, het verbinden van wonden, maar ook verbinding tussen verschillende disciplines die samenwerken bij het behandelen.

Dinsdagmiddag starten wij met kinderchirurgie. Juist bij kinderen zijn verschillende behandelaars betrokken en zal blijken dat kinderen met wonden en stoma speciale aandacht vragen. Vervolgens het onderwerp necrotiserende fasciitis: een ingrijpend ziektebeeld met heftige gevolgen voor de patiënt, zowel fysiek als psychisch. Hydradenitis volgt, wat is het en wat zijn de gevolgen voor de patiënt? Kan er iets aan gedaan worden? Natuurlijk willen wij je ook niet de mogelijkheden

van SSG's en FTG's onthouden; wanneer kies je voor welke optie? Al met al een echte chirurgische middag.

Woensdagmiddag starten wij met de onderwerpen reconstructie en nazorg bij rectumwonden, waarna wij direct doorgaan naar de open buikproblematiek met fistels en stomazorg, die door ons eigen commissielid Wendy Groetelaers, wondverpleegkundige op een IC, verzorgd zal worden en zeker een must is om te komen bezoeken! Negatieve druktherapie bij een geïnfecteerde vaatprothese is net zo'n een interessant onderwerp, want kan dat wel: negatieve druk op een vaatprothese? Wat komt er in de wondzorg allemaal voorbij, ook patiënten die zich zelf beschadigen (automutilatie). Hoe kun je daar mee omgaan, hoe kom je erachter en nog belangrijker, hoe help je deze patiënten? Als afsluiter, iets wat je zeker niet mag missen is: de traumahelikopter! In deze presentatie komen we te weten wat de medewerkers van de traumahelikopter doen en volgen we ze van het begin van de melding tot dat de patiënt in het ziekenhuis is. Al met al een programma dat de moeite van het bezoeken zeker waard is!

Parallelsessie Chirurgische wond / Stoma		Zaal 417
14.00 – 14.30	Stomazorg bij kinderen	M. Hammen-Hendriks, verpleegkundig consulent kinderchirurgie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
14.30 – 15.00	Kinderchirurgie / wondzorg bij kinderen	Dr. B. Verhoeven, (kinder)chirurg, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Fasciitis necroticans: ingewikkeld balanceren op de grens van agressief versus behoudend wondmanagement	Dr. K.J. Ponsen, traumachirurg, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar en Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
16.00 – 16.30	Hydradenitis	Dr. D. van den Broecke, plastisch chirurg, Diaconessenhuis, Leiden
16.30 – 17.00	SSG's en FTG's wanneer wel / niet?	Drs. S.J.A. Beekmans, plastisch chirurg, Haga ziekenhuis, Den Haag
17.00	Borrel	

Parallelsessie Ulcus Cruris

Wondzorg verbindt. Dit geldt zeker voor het ulcus cruris. Want de ambulante compressietherapie, of zoals sommige patiënten zeggen het 'omwinden' of zelfs 'afbinden', is het belangrijkste onderdeel van de behandeling van ulcus cruris. Goed aangebrachte zwachtels mogen geen pijn doen, maar moeten prettig zitten en steun geven. Waarom ambulante compressie therapie zo belangrijk is, zal duidelijk zijn na de presentatie van dr. Daniëlle Kuijpers, dermatoloog in het Amphia Ziekenhuis in Breda. Vaak worden korte rek zwachtels gebruikt. Dit verbindt patiënten met elkaar. Ze komen namelijk met dezelfde witte tasjes naar de polikliniek met daarin de uitgewassen opgerolde zwachtels. Ze weten daardoor welke andere patiënten ook voor de ulcus cruris poli komen en raken zo in gesprek met elkaar. Ze krijgen een band doordat ze elkaar ongeveer vierwekelijks terugzien. De heer Maat zal hier als patiënt iets over vertellen. In de tussentijd verbindt de zorg voor deze patiënten de polikliniek met de thuiszorg. Samen wordt de zorg rondom de ulcus cruris patiënt uitgevoerd. Hoe goed dit kan verlopen kunnen jullie horen van Miriam Wikkerink, die vertelt hoe dit in haar omgeving is georganiseerd.

De veneuze ulcera verbinden de dermatoloog met de chirurg. Tijdens het gezamenlijk spreekuur wordt gekeken of de oorzaak van de veneuze insufficiëntie behandeld kan worden. Indien er een arteriële oorzaak is zal blijken uit de presentatie van Corien Dekkers, dat 'wondzorg verbindt' een hele andere dimensie krijgt. De vraag is namelijk of er in dat geval nog wel gezwachteld moet worden.

Verder verbindt het ulcus cruris ons als leden van WCS Commissie Ulcus Cruris om onze kennis up to date te houden en dit aan jullie over te dragen in WCS Nieuws, tijdens het onderdeel ulcus cruris van de Cursus Algemene Wondbehandeling en tijdens het WCS Congres. We zijn er dan ook van overtuigd dat we weer een mooi programma voor jullie hebben samengesteld waarvoor jullie van harte zijn uitgenodigd.

Parallelsessie Ulcus cruris		Zaal 712
14.00 – 14.30	Basistheorie ulcus cruris	Dr. D.I.M. Kuijpers, dermatoloog, Amphia Ziekenhuis Breda
14.30 – 15.00	Het verband tussen druk en kousen	I. Sissingh, consultant therapeutische elastische kousen, voorzitter VATEK Groningen
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Wondzorg verbindt: ketenzorg	M. Wikkerink MANP, verpleegkundig specialist wond/huidzorg, Carintreggeland, Hengelo
16.00 – 16.30	Leg Clubs: Changing policy and practice to empower people living with chronic wounds	E. Lindsay, independent specialist practitioner, associate lecturer, Thames Valley University, London and Visiting Fellow, Queensland University of Technology, Mary James, District nurse, Worcester
16.30 – 17.00	Patiënt aan het woord	W. Maat, patiënt
17.00	Borrel	

Parallelsessie Diabetische Voet

Het thema ‘Wondzorg verbindt’ is bij uitstek een thema dat bij de aanpak van diabetische voetulcera past. De multidisciplinaire aanpak heeft zich bewezen door de daling van het aantal amputaties bij vroegtijdige signalering van voetproblematiek. Daarom heeft de WCS Commissie Diabetische Voet voor het WCS Congres gekozen voor een gevarieerde reeks sprekers die ieder hun eigen expertise hebben op dit gebied. Van internist tot interventieradioloog, van wondverpleegkundige tot psychiater, met onderwerpen als preventie, behandeling maar ook offloading en therapietrouw. En natuurlijk gaan we ook casuïstiek bespreken. De parallelsessies van de diabetische voet zijn daarom voor iedereen bestemd die zich inzet voor de behandeling van diabetische voetulcera.

Het zijn sowieso twee zeer interessante en gevarieerde parallelsessies in de middag op 26 en 27 november!

Parallelsessie Diabetische Voet		Zaal 718
14.00 – 14.30	Wondgenezing en heel de mens	Dr. R. Ruimschotel, psychiater, Medische Psychiatisch Centrum PsyToBe, Rotterdam
14.30 – 15.00	Evidence-based richtlijn in het gebruik van schoeisel en drukontlasting in de behandeling van de diabetische voet	Dr. S.A. Bus, senior onderzoeker, Amsterdam Medisch Centrum, Amsterdam
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Off-loading	R. Visser, wondverpleegkundige, gipsverband-meester, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen. A. Wijlens, diabetes podotherapeut, docent, Saxion Hogeschool, Enschede.
16.00 – 16.30	Richtlijn diabetische voet, wie is verantwoordelijk?	L. Lemmers, Pro voet, branche organisatie voor pedicuren, Veenendaal
16.30 – 17.00	Gestructureerde probleemanalyse van de diabetische voet	E. de Greef, verpleegkundig specialist, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
17.00	Borrel	

Parallelsessie Brandwonden

De WCS Commissie Brandwonden heeft voor jou, binnen het congressthema ‘Wondzorg Verbindt’, een afwisselend en interessant programma gemaakt met aansprekende onderwerpen en een diversiteit aan sprekers. Graag verbinden we jou aan onze parallelsessies op 26 en 27 november 2013. Aan de hand van een casuïstiek wordt de brandwondenpatiënt via de huisarts verbonden met een brandwondencentrum. Wanneer het een verwijzend ziekenhuis betreft, kan Teleburns helpen in de vorm van een digitale videoverbinding via een iPod. Brandwonden verbinden is niet makkelijk, een interactieve sessie neemt je mee in de behandeling van kleine brandwonden. Interessant is het dan te horen hoe het de brandwondenpatiënt

vergaat in het verre Afghanistan. De praktijk van alle dag verbindt ons, ook binnen de brandwondenzorg, met de industrie. Het maakt het verbinden van de brandwonden mogelijk. Naast een scala aan wondverzorgingsproducten zorgen nieuwe technieken mede voor sluiting van de brandwonden. De link naar hygiëne en (brand-)wondenzorg is in deze tijd snel gemaakt. Een presentatie daarover in onze sessie is daarom zeer op zijn plaats. In enkele sessies laten diverse zorgverleners zien hoe er multidisciplinair gewerkt wordt in de brandwondenzorg, hetgeen noodzakelijk is. Met elkaar ontwikkelen ze richtlijnen voor onder andere de eerste opvang van de brandwondenpatiënten en een kinderpijnprotocol. Ook komt op het gebied van brandwonden kindermishandeling voor. De oorzaak, het verhaal en het letsel verbinden zich met elkaar. Uiteindelijk kan de brandwond een litteken worden. Daarom is een schaal ontwikkeld om dat litteken objectief te beoordelen. Uiteindelijk leidt dat tot een verbetering van littekenzorg. Onder andere verpleegkundigen, artsen en onderzoekers zullen met jou in deze sessies de verbintenis zoeken met de brandwonden. Je bent van harte uitgenodigd.

Parallelsessie Brandwonden		Zaal 320
14.00 – 15.00	Behandeling van kleine brandwonden: een interactieve sessie	K. Rozemeijer, brandwondenverpleegkundige, brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk, J. Prudhomme van Reine, brandwonden IC verpleegkundige, brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 15.50	Brandwonden in Afghanistan	E. Hagendijk, verpleegkundig specialist anesthesiologie, Kennemer Gasthuis, Haarlem
15.50 – 16.10	Multidisciplinaire richtlijn: eerste opvang van brandwondenpatiënten: het project	Dr. C. van Schie, coördinator Onderzoek / Preventie, Zorg & Kwaliteit van Leven, Brandwondenstichting, Beverwijk
16.10 – 16.30	De dreiging van Bijzonder Resistente Micro Organismen (BRMO)	P. van de Poel, HIP Hygiëne advies & Infectie Preventie, Geleen
16.30 – 16.50	Teleburns: Consultering met een digitale videoverbinding	B. Aardenburg, medewerker Zorg & Onderzoek / Coördinator EMSB, Brandwondenstichting, Beverwijk
17.00	Borrel	

Parallelsessie Oncologische wonden en ulcera

In de parallelsessie van de WCS Commissie Oncologische wonden en ulcera wordt de verbinding gelegd tussen de impact die de wonden en ulcera hebben op patiënten, mantelzorgers en hulpverleners en de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de oncologische wondzorg. De oncologie is erg in beweging. Continue wordt gezocht naar betere behandelmethoden. In de sessie over radiotherapie worden nieuwe behandeltechnieken besproken. Welke consequenties die vernieuwingen hebben voor het ontstaan van huidreacties krijg je te horen in deze boeiende sessie. In de KNO sessie wordt gezocht naar verbinding als de communicatie beperkt wordt. Vanuit verschillende invalshoeken komt de problematiek van de oncologische KNO patiënt aan de orde met als doel wondzorg die verbindt. In de parallelsessie van de WCS Commissie Oncologische wonden en ulcera wordt de verbinding gelegd tussen de impact die de wonden en ulcera hebben op patiënten, mantelzorgers en hulpverleners en de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de oncologische wondzorg. Een mooi thema van het congres ‘Wondzorg verbindt’, maar rijmt dat met oncologische ulcera die juist isoleren? In de palliatieve fase veroorzaken de oncologische ulcera aantasting van de kwaliteit van leven. Of een palliatief zorgpad een oplossing kan bieden, zult u horen tijdens een van de sessies. Het is een goede traditie dat de deelnemers aan de parallelsessie oncologische wonden en ulcera op het eind van de dag zelf aan het werk gaan. De afsluitende workshop heeft als titel ‘Wondzorg verbindt maïzena ook?’ Ingezet wordt op het verbeteren van materiaalkennis, de do’s en don’ts in de oncologische wondzorg. Je bent van harte uitgenodigd.

Parallelsessie Oncologische wonden en ulcera			Zaal 717
14.00 – 14.20	Radiotherapie, zowel vriend als vijand	P. van Kollenburg, research laborant, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen	
14.20 – 14.40	Huidreacties ten gevolge van radiotherapie, nog steeds een vijand?	Dr. P. Braam, radiotherapeut, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen	
14.40 – 15.00	Verzorging van huidreacties ten gevolge van radiotherapie	H. Lintz-Luidens, verpleegkundig consulent radiotherapie, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen	
15.00 – 15.30	Pauze		
15.30 – 16.00	Behandeling en complicaties van KNO tumoren (mondodemca, larynxca, oropharynxca)	Dr. P. Lohuis, KNO arts, Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam	
16.00 – 16.20	Spreken is goud, zwijgen is zilver. Als praten niet meer vanzelfsprekend is	E. den Blanken, teamleider KNO, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden	
16.20 – 16.40	Communicatie als uitdaging	Mw. N. Tol, wijkzieken-verzorgende, Cordaan Mw. R. Oediet, verpleegkundige i.o., Cordaan	
16.40 – 17.00	De andere kant van het verband	Commissie Oncologische wonden en Ulcera	
17.00	Borrel		

Parallelsessie Convatec			Zaal 314
14.00 – 15.00	Waarom geneest deze wond niet? Strategieën om de biofilm barrière te doorbreken.	P. Bowler, Vice President Science and Technology, ConvaTec.	
15.00 – 15.30	Pauze		
15.30 – 17.00	Waarom geneest deze wond niet? Strategieën om de biofilm barrière te doorbreken.	P. Bowler, Vice President Science and Technology, ConvaTec.	
17.00	Borrel in Expozaal		

Parallelsessie CombiCare			Zaal 714
14.00 – 15.00	Transmuraal op Pad. Optimale afstemming tussen de eerste en tweede lijn. We nemen jullie mee met praktijkvoorbeelden van succesvolle transmurale samenwerkingsverbanden	J. Geerling, Productmanager wond, Mediq CombiCare	
15.00 – 15.30	Pauze		
15.30 – 17.00	In deze sessie krijgen jullie handvatten voor de organisatie van transmurale wondzorg in je regio, gebaseerd op de kwaliteitsindicatoren wondzorg 2014	Wondconsulenten en verpleegkundig specialisten uit de werkgroep Transmuraal op Pad	
17.00	Borrel		

WCS Congres 'Wondzorg verbindt'

Woensdag 27 november 2013

Plenaire sessie			Beatrixzaal
09.30 – 09.35	Opening	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS	
09.35 – 10.30	Wondgenezing, een complex proces	R. Legerstee, RN, MSc, Independent Consultant Wound Healing & Tissue Repair, Sneek samen met school Codarts (beeldende kunst)	
10.30 – 11.00	Pauze		
11.00 – 11.15	Chirurgische wond	J. van Steveninck-Barends M ANP, verpleegkundig specialist plastische chirurgie, Haga Ziekenhuis, Den Haag C. Smit, wond- en dermatologieverpleegkundige, Diaconessenhuis, Utrecht/Zeist	
11.15 – 11.30	Diabetische voet	V. Oostendorp, wondconsulent, Amphia Ziekenhuis Breda, bestuurslid WCS	
11.30 – 11.45	Ulcus cruris	K.C. Timm-van Ruitenburg MA ANP, verpleegkundig specialist intensieve zorg, IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel, bestuurslid WCS	
11.45 – 12.00	Decubitus	T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent, LangeLand Ziekenhuis en Vierstroom, Zoetermeer	
12.00 – 12.15	Oncologische wond	M. Löwik, verpleegkundig specialist, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden	
12.15 – 12.30	Brandwonden	R.S. van Komen, teamleider brandwondencentrum, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam, bestuurslid WCS	
12.30 – 14.00	Pauze		

Parallelsessie Decubitus			Beatrixzaal
14.00 – 14.15	Tunnelvisie	A. van Gestel, wondconsulent, Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg	
14.15 – 14.45	Decubitus hiel of diabetisch voet?	E. Manning, physician assistant, Ziekenhuisgroep Twente, Almelo/Hengelo H. Post, verpleegkundig specialist Evean Zorg, Zaandam	
14.45 – 15.00	Decubitus in verpleeghuis	M. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen, Etten-Leur	
15.00 – 15.30	Pauze		
15.30 – 16.00	Decubitusstichting Oostelijk Zuid-Limburg	A. Jaspar, MSc i.o. wound care and tissue repair, Mitralis, Heerlen	
16.00 – 16.30	Decubituszorg in de praktijk	J. Janssen, wondconsulent Mitralis, Heerlen F. Pelzer, verpleegkundig specialist, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht	
16.30 – 17.00		J. Vestjens, MSc i.o. wound care and tissue repair, Kenniscentrum Wondbehandeling, Venray	
17.00	Afsluiting		

Parallelsessie Chirurgische wond / Stoma		Zaal 417
14.00 – 14.30	Reconstructie en nazorg rectumwonden	Dr. M.A.M. Mureau, plastisch chirurg, sector-hoofd oncologische reconstructieve chirurgie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
14.30 – 15.00	Open buikproblematiek met fistels en stomazorg	W. Groetelaers, verpleegkundig consulent IC, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Vaatchirurgie: negatieve druktherapie bij geïnfecteerde vaatprothese	Drs. P. Berger, MD, vaatchirurg, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
16.00 – 16.30	Automutilatie: wat moet ik hiermee?	Drs. J. Verhelst, ANIOS, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
16.30 – 17.00	Het Mobiel Medisch Team in Nederland	Drs. R. Eijk, anesthesioloog-intensivist, MMT-arts lifeliner 3, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
17.00	Afsluiting	

Parallelsessie Ulcus cruris		Zaal 712
14.00 – 14.30	Basis huidverzorging	C.C.M. Smit, wondconsulent, Diaconessenhuis, Utrecht
14.30 – 15.00	Klinische verschillen tussen arterieel en veneus ulcus	C.C.W.M. Dekkers MANP, verpleegkundig specialist, Amphia Ziekenhuis, Breda
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Richtlijn ulcus cruris	T. Jongerius, wond- stomaverpleegkundige Careyn, specialistische zorg Utrecht en A. Mooij, verpleegkundig specialist Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam
16.00 – 17.00	Casuïstiekbespreking Deelnemers mogen een eigen casus ulcus cruris meebrengen en in deze sessie voorleggen. Doel is samen tot een oplossing komen en ervaringen uitwisselen.	O.l.v. Commissieleden, C.C.M. Smit, wondconsulente, Diaconessenhuis, Utrecht, M. Meijs, verpleegkundig specialist, ZZG Zorggroep, Nijmegen, A. van der Wilt, wondverpleegkundige, Savantzorg, Helmond, A. Mooij, verpleegkundig specialist, Slotervaartziekenhuis, Amsterdam
17.00	Afsluiting	

Parallelsessie Diabetische voet		Zaal 718
14.00 – 14.30	Schimmelinfecties en de voet	Dr. J.F. Meis, arts-microbioloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
14.30 – 15.00	De kip en het ei van infecties bij patiënten met diabetes mellitus	Dr. H. Ablij, internist, Diaconessenhuis, Leiden
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 16.00	Minimaal invasieve ingrepen bij vasculaire problemen	Dr. P. Haarbrink, interventieradioloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
16.00 – 16.30	Richtlijn diabetische voet	Prof. dr. N.C. Schaper, internist, Universitair Medisch Centrum Maastricht, Maastricht en hoofd transmurale diabeteszorg Maastricht en Heuvelland
16.30 – 17.00	Interactieve casuïstiek bespreking	I. Hulst MA ANP, vaatchirurgie-diabetische voet, HagaZiekenhuis, Den Haag E. Lenselink, wondconsulent, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
17.00	Afsluiting	

Parallelsessie Brandwonden		Zaal 320
14.00 – 14.20	Casus bespreking: Van (H) Huisarts naar (B) Brandwondencentrum	A. van Es, brandwondenverpleegkundige, brandwondencentrum Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
14.20 – 14.40	POSAS: Patient and Observer Scar Assessment Scale	Dr. M.K. Nieuwenhuis, programmaleider klinisch onderzoek, Martini Ziekenhuis, Groningen
14.40 – 15.00	Casusbespreking: Brandwondenzorg van opname tot ontslag	J. de Jong, brandwonden ic verpleegkundige, Martini Ziekenhuis, Groningen
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 15.50	Ontwikkeling van een kinderpijnprotocol	Drs. I.M.M.H. Oen-Coral, brandwondenarts, brandwondencentrum, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
15.50 – 16.10	De verbinding tussen praktijk en industrie	R.S. van Komen, teamleider brandwondencentrum, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
16.10 – 16.30	Kindermishandeling en brandwonden	Drs. F.R.H. Tempelman, brandwondenarts, brandwondencentrum, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
16.30 – 16.50	Reconstructieve chirurgie na brandwonden: een tien-jaar follow-up studie in Nederland	Dr. M van Baar, epidemioloog, Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland (VSBN)
17.00 uur	Afsluiting	

Parallelsessie Oncologische wonden en ulcera		Zaal 717
14.00 – 15.00	Behandelmogelijkheden in de palliatieve fase: consultatief team	Dr. Y. van der Linden, radiotherapeut-oncoloog, hoofd Palliatief team Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
	Wondzorg door het consultatief team	T. Klos, verpleegkundig consulent palliatieve zorg, Expertisecentrum Palliatieve Zorg, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
15.00 – 15.30	Pauze	
15.30 – 17.00	Wondzorg verbindt...maizena ook? 1e ronde met geurprobleem 2e ronde met bloedingsprobleem 3e ronde met fixatieprobleem	WCS Commissie Oncologische Wonden en Ulcera
17.00	Afsluiting	

Parallelsessie Smith & Nephew**Zaal 714**

14.00 – 15.00	Betere wondzorg door rekening te houden met patiëntenwelzijn
15.00 – 15.30	Pauze
15.30 – 17.00	Betere wondzorg door rekening te houden met patiëntenwelzijn
17.00	Afsluiting

Parallelsessie BiologiQ**Zaal 314**

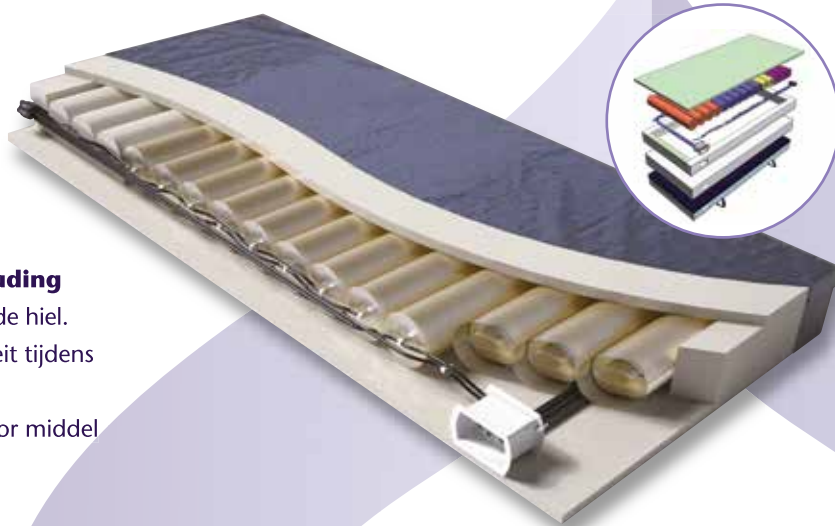
Mini Masterclasses Granulox		
14.00 – 14.30	Introductie Granulox	M. Sander, directeur Sastomed (producent Granulox)
14.30 – 15.00	Casuïstiek bespreking	Dr. P. Engels, Scientific Advisor Sastomed
15.00 – 15.30	Pauze	
Mini Masterclasses Granulox		
15.30 – 16.00	Introductie Granulox	M. Sander, directeur Sastomed (producent Granulox)
16.00 – 16.30	Casuïstiek bespreking	Dr. P. Engels, Scientific Advisor Sastomed
17.00	Afsluiting	

ProMatt: bent u toe aan de volgende generatie anti-decubitus matrassen?

De ProMatt is een dynamisch matrasvervangend luchtsysteem. (P.R.O.: Pressure Relief Optimization technologie). Dit matrasvervangend systeem biedt optimale ondersteuning, door middel van een gecontroleerde luchtcel inflatie zonder externe pomp bij patiënten met een verhoogde kans op, of bij de behandeling van decubitus.

Onafhankelijke drukaanpassing per zone in elke houding

- De voetsectie verleent een uitstekende drukontlasting van de hiel.
- Een stevig foam frame zorgt voor de veiligheid en stabiliteit tijdens de behandeling en verplaatsing van de patiënt.
- Automatische aanpassing van de druk in de vier zones door middel van P.R.O. technologie
 - vermindering schuif- en wrijfkrachten
 - eenvoudig te reinigen



Expert op het gebied van Anti-decubitus systemen, preventieve en curatieve oplossingen.

WOUND SOLUTIONS • SAFETY SOLUTIONS • MEDICAL WELLNESS SOLUTIONS
JOERNS HEALTHCARE B.V., Postbus 231, 3990 GA HOUTEN, tel. 030 6363700, www.joerns.nl

Joerns



ANTIBACTERIAL DRESSING

MEDIHONEY®

HCS (Hydrogel-Colloïdverband) met actieve *Leptospermum Sp.* honing!

NIEUW!

Medihoney® HCS Hydrogel-Colloïdverband is een niet verklevend antibacterieel wondverband. Het combineert de unieke eigenschappen van *Leptospermum Scoparium* honing met de werking van Super Absorbent Polymer (SAP) technology en Hydrogel. Daarmee is Medihoney HCS een 'alles-in-één' verband met een 3-tal functies. Het is sterk **antibacterieel**, het **absorbeert** bij een vochtige wond én het **hydrateert** de droge wond. Dit verband is zeer geschikt voor droge tot matig exsuderende wonden en is in diverse afmetingen met en zonder border leverbaar.

EIGENSCHAPPEN

- hydraterende en absorberende eigenschappen; zorgt voor continue optimaal vochtig wondmilieu
- effectief tegen breed spectrum micro-organismen inclusief *Pseudomonas A.* en resistente stammen
- effectief tegen bio-films
- ondersteunt effectief debridement
- stimuleert immunoreacties in de wond
- remt schadelijke proteasenactiviteit
- bevat 63% antibacteriële *Leptospermum Scoparium* (Manuka) honing
- voor droge tot matig exsuderende wonden
- verkoelend en verzachtend effect

INDICATIES

- diabetische voet
- ulcus cruris
- decubitus (I - IV)
- 1e- en 2e graad brandwonden
- donor sites
- oncologische wonden
- skin-tears

SNELLERE WONDGENEZING

Medihoney® dressings geven een 30% snellere wondgenezing vergeleken met standaard methoden (1) en zorgen voor een sneller debridement dan hydrogels (2).

1. Robson V, Dodd S, Thomas S. Standardized antibacterial honey (Medihoney™) with standard therapy in wound care: randomized clinical trial. *J of Advanced Nursing* 2009;65(3):565-575.
2. Gethin G, Cowman S. Manuka honey vs. hydrogel - a prospective, open label, multicentre, randomised controlled trial to compare desloughing efficacy and healing outcomes in venous ulcers. *J of Clinical Nursing* 2008;18(3):466-474.



SpringMedical
Wondzorg met visie

SpringMedical
Driehoek 7
7312 CN Apeldoorn
☎ 0031(0)55-3560544
🌐 www.springmedical.nl
✉ info@springmedical.nl

Plenaire sessie 26 november

09.45 – 10.30	Living on the Edge	Ralph Tuijn, professioneel avonturier, HBO-verpleegkundige
---------------	--------------------	---

De zorg is voor Ralph Tuijn niet vreemd. Als HBO-verpleegkundige heeft hij aan het bed bij de patiënt gestaan. Maar een hele andere kant van Ralph is dat hij door het leven gaat als professioneel avonturier. Hij weet als geen ander dat de wereld van wondzorg één groot avontuur is. In zijn presentatie gaat Ralph in op de expeditie die hij heeft meegemaakt als avonturier. Snelle acties door de juiste kennis, inschatting en objectieve blik in onverwachte situaties, kunnen een andere wending geven aan het geheel. Op een oceaan gaat het er wat betreft wondverzorging bijvoorbeeld wat provisorisch aan toe. Overal geldt echter dat je een oplossing moet vinden met de middelen die je ter beschikking hebt. In zijn presentatie zal Ralph ingaan op samenwerking, teambuilding, motivatie, presteren en tegenslagen. Deze onderwerpen komen voor tijdens expeditie, maar ook bij iedere professional in de zorg.

11.00 – 10.25	Wondzorg tot 2013 vanuit de specialisten	Prof. dr. med. G.N. Jukema, MD, chef de clinique afdeling traumachirurgie, chirurgie en trauma- tologie, Universitair Ziekenhuis Zürich, Zürich, Zwitserland
---------------	--	---

Professor Jukema is, met alle respect, een oude rot in het vak. Hij heeft het tijdperk meegemaakt dat het eerste moderne verbandmateriaal geïntroduceerd werd en was een van de eersten met het aanbrengen van een hydrocolloid, een 'kaas-plak'. De föhn ging tijdens de wondverzorging in de kast en de ijsblokjes bleven in de vriezer. Ook de windringen werden vervangen voor zitkussens.

In zijn functie van traumachirurg heeft hij zich ingezet door de introductie en het bekend maken van de negatieve druktherapie. Wat was er ineens veel mogelijk met die sponzen en dat slangetje aan de pomp, heel wat anders dan de wond uit bruisen met waterstofperoxide. Door een aantal succesvolle casuïstieken was er in één keer veel mogelijk op het gebied van wondzorg en ontstond er ook een bijzondere aandacht voor positionering van de verpleegkundigen tijdens de verzorging van de wond. Professor Jukema ging verder en heeft ook veel onderzoek gedaan naar de inzet en het gebruik van maden-therapie. In zijn presentatie zal hij u door zijn ervaringen meenemen naar het verleden en verbindt hij alle facetten van wondverzorging door de tijd.

11.50 – 12.15	Wondzorg in de toekomst: Fagentherapie: feit of fictie?	Dr. Th. Rose, MD, adjunct-afdelingshoofd afdeling Brandwonden, senior brandwond- chirurg Human Tissue Manager, Militair Hos- pitaal Koningin Astrid / Brandwondencentrum, Laboratorium voor Moleculaire en Cellulaire Technologie afd. menselijke huid- en keratino- cytenbank, Brussel, België
---------------	---	---

Felix d'Herelle, een van de ontdekkers van bacteriofagen, was de eerste om 'fagentherapie' te introduceren, al vroeg in de twintigste eeuw. Dat werd verder ontwikkeld in het Eliava Instituut in Tbilisi, Georgië en tot op heden ingezet in de medische praktijk in alle voormalig Sovjetrepublieken. In de westerse wereld echter, werden antibiotica verder ontwikkeld en werd fagentherapie bijna vergeten. Tegenwoordig, gezien het wereldwijde antibioticaresistentie probleem, is fagentherapie terug in beeld, als een mogelijke aanvullende of vervangende optie in het gevecht tegen de pathogene bacteriën. Het grote probleem is wel het gebrek aan wetenschappelijke studies die voldoen aan de moderne standaarden en protocollen. Het opstarten van humane studies overeenkomstig de actuele regelgeving en wetenschappelijke standaarden is moeilijk. Fagentherapie wordt tegenwoordig ook toegepast in Europa aan de hand van de Helsinkiverklaring, welke niet de uiteindelijke oplossing is voor standaard klinische toepassing, noch voor verdere ontwikkeling in wetenschappelijk opzicht. Ondanks deze problemen zijn enkele dierstudies opgezet, terwijl het idee om fagen in te zetten als antibacterieel middel

al wel wordt gehanteerd in de voedsel- en bio-industrie. Inzet van fagen in de kliniek is gevaarlijk, althans in dit stadium van klinische studies die zo nodig zijn in het gevecht tegen bacteriële infecties. Er zijn nog obstakels te nemen, ook vanuit wetenschappelijk oogpunt gezien, maar er worden ook significante vorderingen gemaakt de laatste jaren. We hebben een klinische veiligheidsstudie opgezet bij brandwondenpatiënten. De studie is goedgekeurd door een vooraanstaande medisch ethische commissie. De methode hoe fagentherapie moet worden voorbereid en de wijze van aanpak in regelgevende context worden hierin beschreven.



Offering the full range of flexible resourcing solutions to our clients, worldwide.

DOCS is a leading provider of global resourcing solutions to the drug development industry. We combine best in class recruitment processes, a highly developed operational platform and local market intelligence to deliver resourcing excellence to our clients.

Our services range from permanent and contract placement to functional service provision (FSP) and executive search. We offer clients access to an extensive global pool of over 100,000 top quality candidates across the globe and an operational delivery platform based on significant experience in the resourcing operations space.

We deliver Resourcing Excellence.

www.docsglobal.com
info@docsglobal.com

Decubitus 26 november

14.00 – 14.20	De nieuwste ontwikkelingen op het gebied van vroege detectie en etiologie van decubitus	Dr. ir. C.W.J. Oomens, Faculteit Biomedische Technologie, Technische Universiteit, Eindhoven
---------------	---	--

Het paradigma met betrekking tot het ontstaan van drukwonden is al jaren, dat door aanhoudende druk en afschuiving bloedvaten worden afgekneld. Daardoor ontstaat ischaemie in de huid en onderliggende weefsels en dit leidt uiteindelijk tot beschadiging van weefsels en vervolgens een wond. In de jaren negentig van de vorige eeuw zijn er aanwijzingen uit onderzoek gekomen dat er wellicht meer aan de hand is dan alleen ischaemie. Vanuit cardiovasculair onderzoek kwamen er aanwijzingen dat vrije zuurstofradicalen die ontstaan tijdens een ischaemische periode weleens voor extra schade kunnen zorgen bij een snelle reperfusie. Verder bleek (met name uit celonderzoek) dat puur vervormen van weefsel al tot schade kan leiden, zelfs als de zuurstof- en voedselvoorziening normaal blijft. In de lezing wordt ingegaan op recent onderzoek aan de TU/e op alle drie deze gebieden.

Aan de hand van onderzoek aan in het lab gekweekte cellen, stukjes spierweefsel en dierenexperimenteel onderzoek wordt aangetoond dat de deformatieschade een fenomeen is dat al binnen minuten tot de eerste schade op celniveau kan leiden. De rekken waarbij dit gebeurt kunnen optreden bij zitten en liggen, maar lijken vermijdbaar als gebruik wordt gemaakt van goede lichaamsondersteuning. Een toestand van lokale ischemie lijkt nauwelijks te vermijden, maar schade die hierdoor ontstaat ontwikkelt zich trager (periode van uren). In de lezing wordt ingegaan hoe wisselgigging beide schadeprocessen beïnvloedt.

14.20 – 14.40	Autoloog huidsubstituut voor therapie-resistente ulcera: retrospectieve analyse omtrent veiligheid, toepasbaarheid en effectiviteit bij een poliklinische behandeling of een ziekenhuis opname	PhD. C.M.A. Reijnders, wetenschappelijk onderzoeker, VU Medisch Centrum, Amsterdam
---------------	--	--

Chronische ulcera (origine: (arterio-)veneus, decubitus of postoperatief) zijn ulcera die tenminste drie maanden geen genezingstendens vertonen (therapieresistent) ondanks optimale standaardtherapie conform internationale richtlijnen. Dit retrospectieve onderzoek evalueert de veiligheid en effectiviteit van een autoloog, dermaal-epidermaal huidsubstituut voor de behandeling van (chronische) ulcera. Gedurende vijf jaar werden de ulcera in zeven Nederlandse (medische) centra behandeld. Zesenzestig ulcera (grootte: 0,75-150 cm²; duur: 0,25-32 jaar) werden na een eenmalige behandeling met het huidsubstituut gevolgd met een follow-up periode van 24 weken. Wondbedvoorbereiding bestond uit ofwel, negatieve druktherapie (gecontroleerde negatieve druktherapie) (vijf dagen in ziekenhuis) ofwel applicatie van een acellulaire dermis (vijf tot zeven dagen, poliklinisch). Genezingsduur, bijwerkingen en recidieven tot een jaar na volledig herstel werden geregistreerd. Na 24 weken waren 36/66 ulcera (55%) volledig genezen en tevens liet 29% van de ulcera een flinke afname in wondgrootte zien (wondreductie: 50%-99%). In de groep waarbij de ulcera volledig genezen waren, werd er geen verschil waargenomen tussen behandeling met opname in het ziekenhuis versus de poliklinische behandeling. Een jaar na volledige wondsluiting waren 32/36 (88%) genezen ulcera beschikbaar voor follow-up, waarvan 27/32 (84%) ulcera nog steeds gesloten waren. Er werden slechts twee geringe/milde (mogelijk gerelateerde) bijwerkingen geregistreerd. Deze retrospectieve analyse toont aan dat het autologe huidsubstituut een veilige en succesvolle behandeling biedt voor chronische ulcera van verschillende origine.

14.40 – 15.00	Onderzoek naar het optreden van complicaties zoals decubitus en wondinfectie bij obese patiënten op de intensive care	P. Vaes, IC- en wondverpleegkundige, P. Vos, research coördinator, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
---------------	---	--

Hypothesen

1. Wondinfecties en decubitus komen **vaker** voor bij patiënten met obesitas
2. Wondinfecties en decubitus treden **eerder** op bij patiënten met obesitas
3. Wondinfecties en decubitus verlopen **ernstiger** bij patiënten met obesitas
4. Het **herstel** van wondinfecties en decubitus is **trager** bij patiënten met obesitas

Referentiegroep: patiënten zonder obesitas.

Obesitas is een niet te onderschatten probleem dat wereldwijd steeds meer aandacht vraagt. Ook in Nederland loopt het aantal mensen met klachten die met overgewicht samenhangen op. Of dit probleem al invloed heeft op de ontwikkeling van complicaties op de Intensive Care is een vraag die de onderzoekers als leidraad namen bij de formulering van de hypothesen.

Het St. Elisabeth Ziekenhuis heeft een Level 3 Intensive Care (IC), bestaande uit 24 intensive care plaatsen en tien high care plaatsen. Daarnaast is het St. Elisabeth één van de zeven traumacentra van Nederland. De onderzoekers verzamelen al jaren de dagelijkse registratie van decubitus op de IC van het St. Elisabeth Ziekenhuis. Bij de vergelijking van de dagelijks verzamelde decubitus en Body Mass Index (BMI) gegevens merkten zij in een pilot studie dat de BMI van de patiënten populatie aan het oplopen is. Daarnaast was de prevalentie van decubitus onveranderd. Omdat in deze pilot maar enkele parameters vergeleken zijn hebben zij een studie ontworpen waarbij veel andere parameters betrokken zijn die de ontwikkeling van complicaties veroorzaken of mede beïnvloeden. Zoals aangegeven hierboven verwachtten we problemen bij patiënten met een hoger gewicht. Of dit zo is zal mogelijk blijken uit het onderzoek dat we nu uitvoeren naar het optreden van complicaties per gewichtscategorie. Mogelijk is juist een lage BMI een hoog risico op complicaties. Ook andere parameters, zoals ziektezwaarte worden in dit onderzoek meegenomen. De onderzoekers willen de opzet van het onderzoek met jullie delen en mogelijk ook de eerste conclusies van hun bevindingen.

15.45 – 16.00	Wondconsulent als casemanager	S. Janssen, verpleegkundig specialist wondzorg, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
---------------	-------------------------------	---

Steeds meer onderzoek toont aan dat hoogopgeleide verpleegkundigen vanuit hun deskundigheid en regiefunctie, gericht op een ziektebeeld, een zeer belangrijke bijdrage leveren aan de positieve beïnvloeding van het gezondheidsgevoel van de patiënt. Aan de hand van een casus zal de rol van de wondconsulent als casemanager in een WEC beschreven worden. De verschillende aspecten van deze rol zullen aan bod komen, zoals:

- coördinatie
- overzicht
- bemiddeling
- regievoering
- keuzes maken

De casemanager wondzorg heeft als kerntaak het toepassen van evidence-based wondzorg, het verspreiden van expertise en de coördinatie van wondbehandeling en wondzorg in de keten.

16.00 – 16.15	Decubitus in de thuissituatie	T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent, LangeLand Ziekenhuis en Vierstroom, Zoetermeer
---------------	-------------------------------	---

Wat is er anders in de thuissituatie? Welke problemen kun je tegenkomen? Welke interventies kun je toepassen? Aan de hand van diverse casuïstieken uit de thuiszorgpraktijk wordt het onderwerp decubitus in de keten belicht.

16.15 – 16.30	Wondzorg is meer dan zorg voor de wond	Drs. H. A. Berendsen, revalidatie-arts, Sophia Revalidatie, Delft
---------------	--	---

Wondzorg is zorg voor de patiënt met een wond. De revalidatiearts kan hierbij betrokken zijn. Vaak gaat het dan om een patiënt met multimorbiditeit en complexe problematiek. De revalidatiearts werkt volgens de ICF classificatie (International classification of functioning, disability and health). Deze classificatie beschrijft het menselijk functioneren en de problemen die daarbij kunnen optreden. Patiënten met een wond worden beperkt in hun functioneren en ervaren een verminderde levenskwaliteit. Zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt met een wond zouden op de hoogte moeten zijn van elkaars expertise om zo een optimale en adequate zorg te kunnen geven.

In deze presentatie wordt een casus gepresenteerd en de ICF classificatie besproken. Hierin wordt duidelijk dat de zorg voor een wond verder gaat dan de wond.

Chirurgische wond 26 november

14.00 – 14.30	Stomazorg bij kinderen	M. Hammen-Hendriks, verpleegkundig consulent kinderchirurgie, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
14.30 – 15.00	Kinderchirurgie / wondzorg bij kinderen	Dr. B. Verhoeven, (kinder)chirurg, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen

De wond- en stomazorg bij kinderen vereist speciale (aangepaste) materialen en een bijzondere aanpak. Enerzijds omdat de wonden uniek zijn (omfalocel, ulcererend hemangioom, kleine stoma, extra kwetsbare en dunne huid, incontinentie) en anderzijds omdat kinderen op een andere manier begeleid moeten worden tijdens het aanbrengen of wisselen van de wondmaterialen vanwege onbegrip, angst, weerstand en de rol van de ouders. In dit uur zullen, aan de hand van casuïstiek en foto's, de achtergronden van (toegebrachte) wonden en stomata besproken worden en de wijze waarop deze verzorgd kunnen worden. Hierbij zal met name ingegaan worden op veel voorkomende mogelijke problemen zoals wonddehiscentie, lekkage van stoma, VAC wisselen en mogelijke lekkage, anale wonden bij luiersdragende baby's en kinderen, en de oplossingen hiervoor. De verschillende materialen die worden genoemd dienen als voorbeelden. Er zijn vaak alternatieven op de markt beschikbaar.

15.30 – 16.00	Fasciitis necroticans: ingewikkeld balanceren op de grens van agressief versus behoudend wondmanagement	Dr. K.J. Ponsen, traumachirurg, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar en Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
---------------	---	--

Necrotiserende fasciitis is een zeer ernstige, levensbedreigende en mutilerende infectieuze aandoening, waarbij een agressieve, multifactoriële behandeling aangewezen is. Hoewel initieel agressieve chirurgie absolute noodzaak is (ondersteund door vroegtijdige antibiotische behandeling), blijft vooral de uitgebreidheid van de chirurgische excisie van aangedane weefsels een uitdaging. En dan met name het in ogenschouw nemen van de noodzaak en mogelijkheden van later herstel, welke niet alleen afhankelijk is van de eigen ervaring van de behandelaar, maar ook van de overdracht van kennis en ervaring naar toekomstige behandelaars.

In deze presentatie zullen bovengenoemde aspecten vanuit theorie en praktijk worden belicht, alsmede verschillende wondbehandelingen en de mogelijkheden en onmogelijkheden van de negatieve druktherapie in de vervolgbehandeling van deze uiterst zorgintensieve patiëntencategorie.

16.30 – 17.00	SSG's en FTG's wanneer wel/niet?	Drs. S.J.A. Beekmans, plastisch chirurg, Haga Ziekenhuis, Den Haag
---------------	----------------------------------	--

Wondbedekking door middel van huidtransplantatie, waar en wanneer? Er zijn vele manieren om een (chronische) wond te behandelen, zowel conservatief als operatief. Indien wordt gekozen voor een operatieve behandeling dan ga je uit van de reconstructieve ladder wat betreft sluitingsopties. Een van de treden op de reconstructieve ladder is de huidtransplantatie, waarbij een onderscheid is tussen een split-thickness skin graft en een full-thickness skin graft. De techniek is toepasbaar bij vrijwel elke patiënt en zowel onder lokale als algehele verdoving.

De technische details van de operatie, mogelijkheden en beperkingen zullen aan bod komen.



Flaminal®

Een nieuwe generatie in wondzorg!



Enzym Alginogels® -

4 in 1

T.	Continu debridement
I.	Antimicrobieel
M.	Vochtige wondheling
E.	Wondrandbescherming / niet cytotoxisch

Enzym Alginogels® - Een nieuwe generatie in wondzorg!

Flen Pharma introduceert een nieuwe klasse in wondheling: Enzym Alginogels®. Enzym Alginogels® kan je aanbrengen in elke fase op elk type wond: chronisch of acuut, gecontamineerd of geïnfecteerd. Enzym Alginogels® - Eenvoudigweg betere wondzorg!

info@flenpharma.com
www.flenpharma.com

Flen Pharma
advanced skin healing

Ulcus cruris 26 november

14.00 – 14.30	Basistheorie ulcus cruris	Dr. D.I.M. Kuijpers, dermatoloog, Amphia Ziekenhuis Breda.
---------------	---------------------------	--

Chronisch veneuze insufficiëntie is het tekortschieten van het veneuze systeem, de aderen. Door onvoldoende afvoer van vocht en afvalstoffen kunnen klachten ontstaan, zoals vermoeide benen. De symptomen van chronisch veneuze insufficiëntie zijn pitting oedeem, corona phlebectatica, hyperpigmentatie, atrophie blanche en ulcus cruris. Chronisch veneuze insufficiëntie kan ontstaan door bijvoorbeeld varices of een trombosebeen. Door het maken van een veneuze duplex kan het veneuze systeem worden onderzocht. Afhankelijk van de mate van insufficiëntie kan overgegaan worden tot een behandeling van bijvoorbeeld varices om zo klachten te verhelpen en verergering te voorkomen.

14.30 – 15.00	Het verband tussen druk en kousen	I. Sissingh, consultant therapeutische elastische kousen, Groningen
---------------	-----------------------------------	---

Therapeutische elastische kousen hebben (nog steeds) het imago van stoffige steunkousen die door oude mensen worden gedragen. De werkelijkheid is anders. Therapeutische elastische kousen (TEK) worden voorgeschreven door een arts, dat betekent dat het een therapeuticum is die niet zo maar kan worden gedragen. De TEK is het sluitstuk op een vaak intensieve behandeling voor de cliënt en behandelaar. TEK geven een bepaalde druk en stiffness op het been of de arm, welke wordt bepaald door het materiaal of breiwijze. Ik wil u in deze presentatie laten zien wanneer en hoe we de kousen inzetten in de compressietherapie.

15.30 – 16.00	Wondzorg verbindt: ketenzorg	M. Wikkerink MANP, verpleegkundig specialist wond/huidzorg, Carintreggeland, Hengelo
---------------	------------------------------	--

In 1996 is vanuit de polikliniek dermatologie ZGT (Ziekenhuis Groep Twente) Hengelo het initiatief genomen de zorg rondom cliënten met een ulcus cruris venosum te optimaliseren. Er is een projectgroep gestart waarin een dermatoloog, een dermatologieverpleegkundige, een huisarts, een fysiotherapeut en een verpleegkundig specialist van Carintreggeland zitting hebben. De doelstelling van deze projectgroep is een uniforme behandelwijze te krijgen van patiënten met een ulcus cruris venosum in Midden-Twente en deze behandelwijze vast te leggen in een protocol. Een neveneffect van deze uniforme wijze is het terugdringen van de kosten van de behandeling van het ulcus cruris venosum en het verminderen van de behandeluur. De projectgroep heeft gekozen voor gespecialiseerde verpleegkundigen die de wondbehandeling en ambulante compressietherapie uitvoeren in de eerste lijn. De specifieke deskundigheid van deze verpleegkundigen werkt kwaliteitsverhogend.

Er werden twee verpleegkundigen vanuit Carintreggeland opgeleid door de medewerkers van de poli dermatologie en daarnaast volgden deze verpleegkundigen de WCS-opleiding. Aanvankelijk zouden de ulcusverpleegkundigen cliënten vanuit de polikliniek dermatologie behandelen, echter huisartsen begonnen ook veelvuldig cliënten naar het ulcusteam door te sturen. Het ulcusteam werkt volgens bepaalde protocollen en kwaliteitseisen: zoals een gestandaardiseerde anamnese, wondmeting en rapportage, minimaal aantal uren per maand werkzaam zijn als ulcusverpleegkundige, scholingsprogramma enz. De verpleegkundig specialist is o.a. verantwoordelijk voor het ontwikkelen en implementeren van de kwaliteitseisen en protocollen. De dermatologieverpleegkundige die vanuit het ZGT Hengelo het ulcusteam heeft helpen opzetten, is momenteel bezig dezelfde werkwijze te organiseren en implementeren vanuit de polikliniek dermatologie van het ZGT Almelo. Allereerst zullen de ulcusverpleegkundigen vooral cliënten voor de poli dermatologie van het ZGT Almelo behandelen, daarnaast zal de samenwerking met de huisartsen in deze regio vormgegeven worden. Inmiddels bestaat het ulcusteam uit 22 gespecialiseerde verpleegkundigen. De samenwerking van het ulcusteam met de poli dermatologie en de huisartsen verloopt optimaal, lijnen zijn kort en de deelnemende organisaties zijn tevreden over de zorg rondom de cliënt met een ulcus cruris venosum.

16.00 – 16.30	Leg Clubs: Changing policy and practice to empower people living with chronic wounds	E. Lindsay, Independent Specialist Practitioner, Associate Lecturer, Thames Valley University, London and Visiting Fellow, Queensland University of Technology, Mary James, District nurse, Worcester
---------------	--	---

The experience of diagnosis, psychological support and attitudes from both professionals and society represent critical chapters in the lives of people living with chronic wounds. Patients living with a heavily exuding leg ulcer often experience social stigma, lack of wellbeing and poor quality of life as leg ulcers can be unsightly, painful and malodorous.

Methods

The Leg Club model was developed to address limitations of existing mechanisms, such as home visits and leg ulcer clinics, in meeting patients' needs. It provides a highly cost effective framework in which, in a departure from the traditional nurse dominant / patient passive relationship, patients are educated and empowered to take ownership of their care and make informed decisions regarding treatment.

Results

Research has demonstrated significant improvements in a range of 'quality of life' indicators, including healing rates, pain levels, mobility and morale, for patients attending Leg Clubs. A patient (member) satisfaction questionnaire has identified high levels of satisfaction with all aspects of the model, in particular their enhanced ability to understand and cope with their chronic lower limb problems.

Conclusion

The introduction of Leg Clubs has demonstrated positive changes achieved through the commitment and motivation of nurses and communities working together. A partnership that delivers true patient empowerment, enabling members to become expert partners in the process of their care, de-stigmatising their condition, encouraging informed behaviours and facilitating the sharing of sensitive and/or emotional concerns in a supportive empathic environment.

16.30 – 17.00	Een oorlogswond in vreedstijd - patiënt relaas	W. Maat, patiënt
---------------	--	------------------

Beschrijving van een casus, bestralingswonden aan voet en onderbeen na uitgebreide behandelingen van Kaposi Sarcoom tussen 2004 en 2006. Na chemokuren en multiple radiotherapie hebben o.a. madentherapie, pegintron en manuele lymfedrainage hem letterlijk en figuurlijk weer op de been geholpen.

SPECIAAL ONTWORPEN OM NIET TE BLIJVEN PLAKKEN



SILVERCEL®
NON-
ADHERENT
heeft een bewezen
verlengde afgifte van
zilver tot wel 7 dagen¹

SILVERCEL® NON-ADHERENT

Let's Protect®

Als u meer wilt weten over de voordelen van SILVERCEL® NON-ADHERENT dan kunt u contact opnemen met uw Meduon Logistics/Systagenix Account Manager via 088 - 999 0300

Behoort tot de  LET'S HEAL™ serie

 **Systagenix**
Let's heal™

www.systagenix.nl

Referentie
1. Clark, R. et al. The Evaluation of Absorbent Silver containing dressings In Vitro. Poster Wounds UK 2009

Diabetische voet 26 november

14.00 – 14.30

Wondgenezing en heel de mens

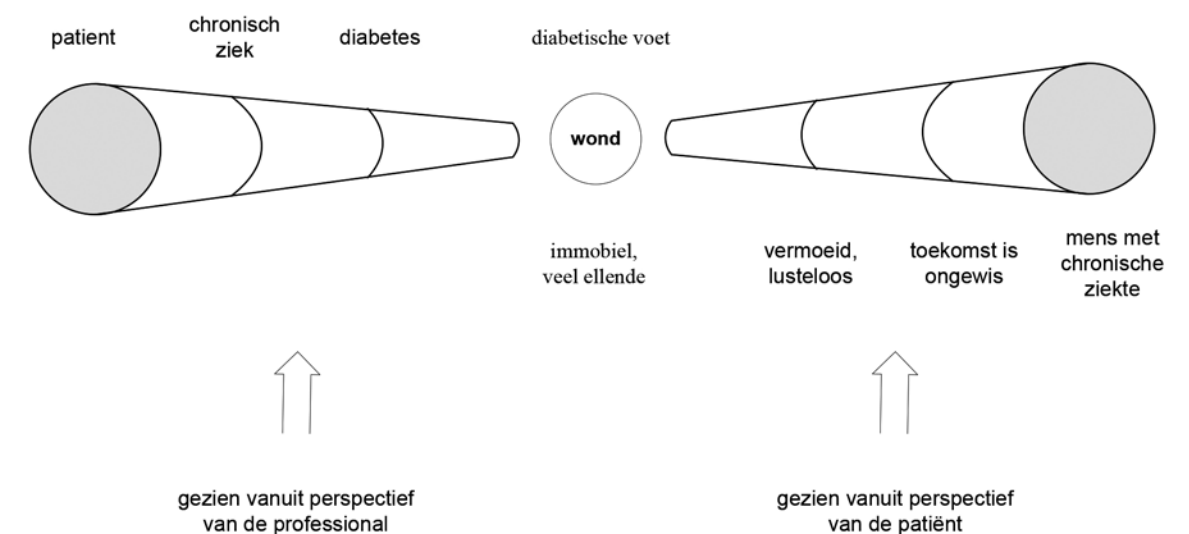
Dr. R. Ruimschotel, psychiater, Medisch
Psychiatrisch Centrum PsyToBe, Rotterdam

Patiënten met een chronische ziekte behandelen is tijdrovend en lastig. Temeer omdat er juist bij chronische ziekten zo weinig uitzicht is op herstel. Er wordt veel onderzoek gedaan naar de ontstaansgeschiedenis en eventuele behandelmogelijkheden. Daarnaast wordt veel energie gestoken om complicaties te voorkomen of, als ze optreden, goed te behandelen. Zoals bij diabetespatiënten is het moeilijk om ze te blijven motiveren om de bloedsuikerwaarden goed onder controle te houden. Om te zorgen voor goede hygiëne en voetverzorging. Voetproblemen treden dan ook vaak op. De zogenaamde diabetische voet is dan een feit. Door goede kennis van wondgenezing en wat wel en niet te doen, zijn hulpverleners al een goed eind op dreef. Dit houdt in dat de professionals zich in detail moeten bezighouden met de oorzaken en gevolgen van wonden bij een diabetespatiënt. Ook moeten ze op de hoogte zijn van de nieuwste technieken en behandelmethoden om de diabetische voet optimaal te behandelen.

Om complicaties te voorkomen is het nodig een patiënt te motiveren om zich te voegen naar de aanbevelingen en behandelvoorstellen van de verpleegkundig specialist en andere hulpverleners. De hulpverleners die het meest met de patiënt in de weer zijn, staan voor een schier onmogelijke opgave. Ze moeten in hun vak goed op de hoogte zijn van de meest recente ontwikkelingen. Daarnaast worden ze in het dagelijks leven geconfronteerd met een mens met een chronische ziekte die het meer dan zat is om zo beperkt te moeten leven. De patiënt ervaart namelijk vooral de vervelende aspecten van het chronisch ziek zijn. Zo geven hulpverleners veel adviezen die verdere verslechtering van het toestandbeeld kunnen voorkomen. En net zoals bij medicatie ontrouwheid van veel patiënten, volgt de chronisch zieke patiënt de goed bedoelde adviezen vaak niet op. De hulpverlener die het meest nabij de patiënt staat, moet - naast de technische kennis van bijvoorbeeld wondgenezing - ook nog kennis in huis hebben van de psychologische aspecten van het chronisch ziek zijn. Dus aan de ene kant een deskundige op een klein gebied en aan de andere kant een expert op het gebied van de gehele mens. Dit is bijna een onmogelijke opgave.

In de lezing zal stilgestaan worden hoe op een praktische wijze de patiënt beter te kunnen begrijpen en zodoende effectiever te kunnen behandelen. Bij chronische ziekten spelen er vaak psychologische aspecten een grote rol. In bijzonder zal stilgestaan worden bij het onderkennen van angsten. Als de hulpverlener die het dichtst bij een patiënt staat deze angsten kan herkennen is er beter contact en dit zal de therapietrouw doen toenemen.

wondgenezing en heel de mens



14.30 – 15.00	Evidence-based richtlijn in het gebruik van schoeisel en drukontlasting in de behandeling van de diabetische voet	Dr. S.A. Bus, senior onderzoeker, Amsterdam Medisch Centrum, Amsterdam
---------------	---	--

Verhoogde mechanische druk onder de voet is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van een voetulcus bij patiënten met diabetes mellitus en perifere neuropathie. Daarom is het verlagen van deze druk een belangrijk onderdeel geworden in de preventie en de behandeling van voetwonden bij deze patiëntengroep. Hiervoor worden verschillende behandelvormen gebruikt, zoals gipstechnieken (total contact casts), afneembare walkers, speciale drukontlastende schoenen, aangepast schoeisel en chirurgische technieken. De total contact casts en walkers kunnen de piekdrukken onder de voet met wel 80% verminderen in vergelijking met een gewone schoen, wat waarschijnlijk een belangrijke component is in de bewezen effectiviteit van deze modaliteiten om plantaire voetwonden te genezen. In het algemeen kunnen niet gecompliceerde neuropathische wonden binnen 6-8 weken genezen.

Minder wetenschappelijk bewijs is voorhanden in de preventie van voetulcera bij diabetes. Ondanks dat aangepast schoeisel (orthopedisch maatschoeisel) veel wordt voorgeschreven ter voorkoming van diabetes wonden, is de bewijslast nog vrij mager. Het recentelijk afgesloten landelijke DIAFOS onderzoek heeft aangetoond dat het verbeteren van de drukverlagende eigenschappen van orthopedisch maatschoeisel op zichzelf niet significant effectiever is dan niet verbeterd maatschoeisel in het voorkomen van recidive voetwonden bij diabetes patiënten, maar dat wanneer de therapietrouw in het dragen van deze schoenen gewaarborgd wordt er bijna een halvering is in het aantal voetwonden dat ontstaat bij het gebruik van maatschoeisel met verbeterde drukverlagende eigenschappen. In 2007 zijn er specifieke en evidence-based internationale richtlijnen opgesteld rond het gebruik van schoeisel en drukontlastende technieken in het voorkomen en genezen van diabetische voetwonden. Ondanks deze richtlijn geven studies in de VS en in Europa aan dat de meest effectieve technieken in de praktijk weinig gebruikt worden. Dit gat tussen evidence en praktijk dient overbrugd te worden, bijvoorbeeld door een betere implementatie van de richtlijnen die het gebruik van effectieve drukontlastende technieken in de diabetische voetpraktijk bevordert.

15.30 – 16.00	Off-loading	R. Visser, wondverpleegkundige, gipsverband-meester, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen. A. Wijlens, diabetes podotherapeut, docent, Saxion Hogeschool, Enschede, opleiding podotherapie
---------------	-------------	---

Diabetische voetulcera zijn complex en worden in stand gehouden door verschillende complicaties. Naast de complicaties angiopathie, neuropathie en limited joint mobility (gewrichtsbeperking in de voeten) zijn druk, rotatie en schuifkrachten vaak de oorzaak voor een vertraagde of geen genezingsstendens. Neuropathie en/ of limited joint mobility veroorzaken veranderingen in de afwikkeling van de voet waardoor piekdrukken kunnen ontstaan. Off-loading is daardoor een belangrijk aspect bij de behandeling van diabetische voetulcera. Er zijn meerdere mogelijkheden om off-loading te realiseren. Dit is zeer patiënt- en situatie-afhankelijk. Middels een praktijkonderzoek met een drukmeetplaat zullen we presenteren hoe de diverse vormen van off-loading werken en of deze effectief zijn. Tevens zullen we de praktische aspecten toelichten waarbij we de psychosociale kant van patiënten niet uit het oog zullen verliezen.

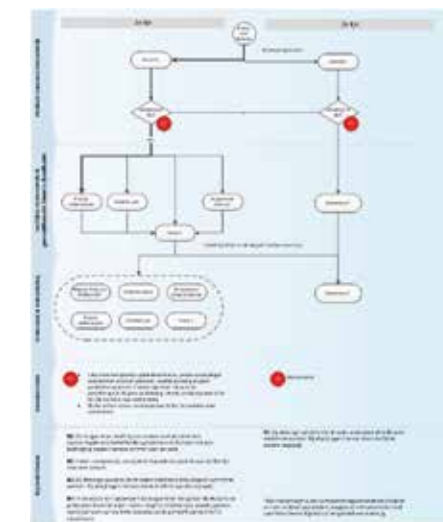
16.00 – 16.30	Multidisciplinaire samenwerking rond preventie van diabetische voetulcera	L. Lemmens, senior beleidsmedewerker ProVoet, brancheorganisatie voor pedicures, Veenendaal
---------------	---	---

Onder de paraplu van het Nationaal Actieprogramma Diabetes heeft ProVoet, brancheorganisatie voor pedicures, het project 'Multidisciplinaire samenwerking rond preventie van diabetische voetulcera' geïnitieerd en gecoördineerd. Er is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld met beroepsgroepen werkzaam in de eerste en tweede lijn, namelijk een diabetesverpleegkundige, huisarts, internist, praktijkondersteuners, podotherapeut, pedicure, orthopedisch schoenmaker, orthopedisch chirurg, revalidatiearts en een vaatchirurg. Ook de diabetespatiënten waren vertegenwoordigd. Deze werkgroep heeft in drie bijeenkomsten een inventarisatie gemaakt van de knelpunten in de situatie rond voetzorg voor mensen met diabetes in de eerste lijn en vervolgens oplossingen gezocht bij die knelpunten. Dit resulteerde in het bijgevoegde stroomschema, waarin is aangegeven welke discipline op welk moment de voetzorg kan uitvoeren. Hierbij is voortdurend

aansluiting gezocht bij bestaande richtlijnen over voetzorg bij patiënten met diabetes. Daarna zijn de beroepsverenigingen geconsulteerd en hun commentaren verwerkt. Dit waren:

- Diabetesvereniging Nederland
- EADV, beroepsorganisatie voor diabeteszorgverleners
- Nederlands Huisartsen Genootschap en DiHAG
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Orthopedische Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde/Vaatchirurgie
- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
- Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
- NVOS-Orthobanda, branchevereniging voor Orthopedische schoentechnici en instrumentmakers
- ProVoet, Brancheorganisatie voor pedicures
- V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners

In de zomer van 2012 zijn de samenwerkingsafspraken over voetzorg voor diabetespatiënten in de eerste en tweede lijn door de twaalf deelnemende beroepsorganisaties ondertekend. De leden van de NDF hebben eind 2012 dit document geautoriseerd.



Met dit document is de multidisciplinaire samenwerking rond preventie van diabetische voetulcera in samenwerkingsafspraken vastgelegd. Preventie van diabetische voetulcera bestaat uit risico-inschatting, gericht voetonderzoek en preventieve voetzorg (bijvoorbeeld drukverlaging, eelt verwijderen). Op basis van de gemodificeerde Simm's Classificatie wordt hierbij bepaald welke patiënten bij welke discipline terecht moeten komen. Hierbij is aangegeven welke communicatie tussen de verschillende disciplines wenselijk is; tijdens de presentatie komt dit nadrukkelijk naar voren. Evenals ervaringen uit het veld. Tijdens de presentatie zal nader ingegaan worden op het document 'Multidisciplinaire samenwerking rond preventie van diabetische voetulcera' en hoe dit stuk zich verhoudt tot de 'Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera'. Ook de vertaling van de afspraken naar de tweede lijn wordt behandeld.

16.30 – 17.00	Gestructureerde probleemanalyse van de diabetische voet	E. de Greef, verpleegkundig specialist, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
---------------	---	--

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond, dat vroege opsporing van een voet 'at risk' en adequate, tijdige behandeling van een diabetisch voetulcus leiden tot verbeterde kwaliteit van leven, behoud van zelfstandigheid van de patiënt en een collectieve lastenverlichting voor de gezondheidszorg (1). Om ulcera, amputaties, verlies van kwaliteit van leven en kosten zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken, moeten alle patiënten toegang hebben tot adequate voetzorg, tijdig kunnen worden doorverwezen naar relevante disciplines en indien nodig gezien kunnen worden op het multidisciplinair voetensprekkuur, wat bijna in elk ziekenhuis aanwezig is (2). Om adequate en efficiënte voetzorg te kunnen leveren, is het van belang dat we helder hebben hoe we een diabetische voet bij een eerste presentatie (nieuwe patiënt) beoordelen. In deze presentatie komt naar voren hoe we deze eerste screening kunnen structureren en kunnen komen tot een goede inschatting van (de oorzaken van) het probleem. De volgende vragen worden beantwoord:

- Hoe nemen we een gestructureerde anamnese af en verrichten we gestructureerd lichamelijk onderzoek?
- Hoe komen we tot een conclusie en goede inschatting van de oorzaken van de diabetische voet (angiopatisch en/of neuropatisch); hoe uiten beide typen ulcera zich?
- Wanneer verwijzen we naar welke discipline(s)?
- Wanneer moet een patiënt verwezen worden naar de tweede lijn (voetenpoli)?

Literatuur:

1. Houtum, WH van. 2004. 'Reduction in diabetes related lower extremity amputations in the Netherlands: 1991-2000.' Diabetes Care 27(10):42-46.
2. CBO-Richtlijn diabetische voet. In het kader van 'Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling' (EBRO), Nederlandse Vereniging voor Internisten, 2006. <http://www.internisten.nl> 10 juli 2013.

Brandwonden 26 november

14.00 – 15.00	Behandeling van kleine brandwonden: een interactieve sessie	K. Rozemeijer, brandwondenverpleegkundige, brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk, J. Prudhomme van Reine, brandwonden IC verpleegkundige, brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk.
---------------	---	---

Per jaar melden zich ongeveer 35.000 mensen zich bij de huisarts met brandwonden en ongeveer 15.000 op een spoedeisende hulp of polikliniek. Niet elke patiënt hoeft te worden opgenomen of te worden behandeld in een van de drie brandwondencentra. In dat geval moet men er voor zorgen dat de wondbehandeling optimaal plaats vindt in het algemeen ziekenhuis, poliklinisch of door de huisarts.

Wat moet men als hulpverlener doen en wat moet men laten? Wat is goed en wat is fout? De blaren laten zitten of er af halen? Is dit nu een tweede- of een derdegraads brandwond? Een gelaatsverbranding mag niet worden behandeld met een zelf: waar of niet waar?

Toets uw kennis door mee te doen met deze interactieve presentatie. Veel voorbeelden uit de praktijk, tips en trics en de 'do's and don'ts' bij brandwonden.

15.30 – 15.50	Brandwonden in Afghanistan	E. Hagendijk, verpleegkundig specialist anesthesiologie, Kennemer Gasthuis, Haarlem
---------------	----------------------------	---

Spreker van deze presentatie is enkele malen met een chirurgisch team naar Afghanistan geweest en is daar in aanraking gekomen met wonden die we in Nederland normaliter niet tegen zullen komen in de dagelijkse praktijk. Na bespreking van deze wonden zal de focus in deze voordracht liggen op de behandeling van de brandwonden van twee Afghaanse kinderen. De problemen waar tegenaan gelopen werd op medisch, verpleegkundig en logistiek gebied zullen in deze presentatie besproken worden.

15.50 – 16.10	Multidisciplinaire richtlijn: eerste opvang van brandwondenpatiënten: het project	Dr. C. van Schie, coördinator Onderzoek / Preventie, Zorg & Kwaliteit van Leven, Brandwondenstichting, Beverwijk
---------------	---	--

Achtergrond

Door zowel professionals uit de brandwondenzorg als uit de spoedeisende eerste hulp (SEH) is aangegeven dat opvang en verwijzing van brandwondenpatiënten niet optimaal verloopt. Onderzoek heeft onlangs aangetoond dat ondanks de EMSB (Emergency Management of Severe Burns) training niet optimaal gehandeld wordt met betrekking tot eerste opvang. Zoals de inschatting van het totaal verbrand lichaamsoppervlak (TVLO), inschatting van kans op hypothermie, vaststellen inhalatietrauma, vocht resuscitatie en de verwijscriteria naar een brandwondencentrum (BWC) (1). Daarnaast is er in de internationale literatuur ook aangegeven dat er een aantal aandachtsgebieden is voor verbetering binnen de brandwondenzorg, zoals behandeling op eerste hulp afdeling, verwijzing naar BWC, berekening volume vocht resuscitatie, vermindering van tijd tussen eerste hulp afdeling en opname in BWC (2-6). Hoewel er vanuit diverse hoeken het belang van landelijke richtlijnen wordt aangegeven, bestaan er tot op heden nog geen nationale evidence-based richtlijnen of protocollen die vanuit de brandwondenzorg ontwikkeld zijn.

Doel

Het doel van een landelijke richtlijn is om de eerste opvang en verwijzing naar BWC te verbeteren om hiermee de kwaliteit van de zorg te bevorderen.

Methode

De richtlijn wordt ontwikkeld volgens de zogenaamde evidence based richtlijn ontwikkeling (EBRO) methode. Evidence

based geeft aan dat op een systematische wijze naar informatie wordt gezocht, dat dit transparant wordt gerapporteerd, waarna aanbevelingen worden geformuleerd over de zorg en behandeling. Voor het opstellen van een EBRO richtlijn wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Bij onvoldoende bewijsmateriaal zullen door middel van consensus tussen de experts, aanbevelingen worden onderbouwd. Voor dit project is een multidisciplinaire werkgroep opgesteld, bestaande uit zorgprofessionals van de verschillende beroepsgroepen betrokken bij de eerste opvang van patiënten met brandwonden en methodologische experts. Daarnaast is er door deelname van mensen met brandwonden ook aandacht voor het patiënten perspectief. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO ondersteunt het traject methodologisch, waarmee de kwaliteit van het project geborgd wordt.

Onderwerpen richtlijn

De onderwerpen die beschreven worden in deze richtlijn zijn: eerste hulp bij brandwonden op plaats van ongeval (en vervoer naar ziekenhuis), koelen, primaire opvang en lichamelijk onderzoek op de spoedeisende hulp, inschatting TVLO, intubatie, vloeistofresuscitatie, verwijscriteria naar een BWC, vervoer (van ziekenhuis naar BWC). Daarnaast worden stroomschema's ontwikkeld om een praktisch overzicht van de aanbevelingen te geven.

Referenties

1. Breederveld RS, Nieuwenhuis MK, Tuinebreijer WE, Aardenburg B. **Effect of training in the emergency management of severe burns on knowledge and performance of emergency care workers as measured by an online simulated burn incident.** Burns 2011; 37(2):281-7.
2. Carter JE, Neff LP, Holmes JH. **Adherence to burn center referral criteria: are patients appropriately being referred?** J Burn Care Res 2010;31:26-30.
3. Chipp E, Walton J, Gorman D, Moiemmen NS. **Adherence to referral criteria for burns in the emergency department.** Eplasty. 2008 May 9;8:e26.
4. Parks J, Foster T, Hickerson W. **Burn care in emergency departments: a 3-year review.** J Burn Care Res 2008;29:S155.
5. Rose AM, Hassan Z, Davenport K, Evans N, Falder S. **Adherence to National Burn Care Review referral criteria in a paediatric Emergency Department.** Burns 2010;36(8):1165-71.
6. Krout K, Orosco R, Garner L, Maygers J. **Decreasing emergency department admission time to the burn center: a collaborative effort.** J Burn Care Res 2009;30:S158.
7. Eindverslag Bhurns-project. **Agenda wetenschappelijk brandwondenonderzoek 2007-2010.** Nederlandse Brandwonden Stichting en Vrije Universiteit Amsterdam, 2007.

16.10 – 16.30	De dreiging van Bijzonder Resistente Micro Organismen (BRMO)	P. van de Poel, directeur, Hygiëne advies & Infectie Preventie, Geleen.
---------------	--	---

Infectiepreventie in relatie tot wonden en IAD.

Post operatieve wond infecties (POWI) en infecties huid/weke delen (niet operatie gerelateerd) nemen met een percentage van 9% ook een belangrijke rol in van nosocomiale infecties in de zorg. Een groot deel van de wondinfecties (33%) worden veroorzaakt door huid bacteriën waarvan *Staphylococcus aureus* en *Staphylococcus epidermidis* de meest voorkomende verwekkers blijken. De overige 66% van wondinfecties worden echter veroorzaakt door een verzameling van andere verwekkers, die veelal darm gerelateerd zijn. Tegenwoordig zijn steeds meer verwekkers van wondinfecties uit met name deze groep BRMO (Bijzonder Resistente Micro Organismen). BRMO zijn bacteriën die resistent zijn geworden voor de meest gangbare antibiotica. BRMO kunnen latent aanwezig zijn bij een patiënt, voortkomend uit de voedselketen, maar kunnen ook onder invloed van antibiotica ontstaan. Diverse BRMO (waaronder ook het micro-organisme *Pseudomonas*) zijn bekend vanwege het ontwikkelen van poly microbiële biofilms in vochtige milieus, waaronder waterleidingen en afvoerpijpen. Biofilms ontstaan ook in wonden en zullen een ongunstig wondklimaat veroorzaken om wondgenezing te bewerkstelligen. Daarentegen zal biofilm een uitstekende voedingsbodem en bescherm laag vormen voor BRMO. Het spoelen van wonden met kraanwater/ uitdouchen van wonden moet vanuit dit perspectief ernstig heroverwogen worden.

Door middel van betere typeringsmogelijkheden is het steeds duidelijker geworden dat met name kraanwater geïdentificeerd kan worden als bron voor kruisinfecties. Incontinentieletsel komt vaak voor bij geriatrische patiënten, zoals incontinentie geassocieerde dermatitis (IAD), smetten of eczeem. Het wassen van de huid met water en zeep zullen IAD verergeren waarbij gecontamineerd kraanwater kan leiden tot ernstige huidinfecties met BRMO.

16.30 – 16.50	Teleburns: consulering met een digitale videoverbinding	B. Aardenburg, medewerker Zorg & Onderzoek / Coördinator EMSB, Brandwondenstichting, Beverwijk
---------------	---	--

Op initiatief van brandwondencentrum Beverwijk is in 2010 de dienst 'Teleburns' ontwikkeld. Deze dienst komt tegemoet aan de wens om brandwondenpatiënten op afstand te kunnen zien, voordat deze overgebracht worden naar het brandwondencentrum zelf. De brandwondenpatiënt komt binnen op een SEH. De behandelend arts heeft contact met de dienstdoende brandwondenarts en filmt de patiënt. De brandwondenarts ziet de patiënt live op een beeldscherm in het brandwondencentrum en geeft advies. Recent is een ontwikkeling doorgemaakt richting het gebruik van FaceTime, een live videodienst. De privacy en werkzaamheid van Teleburns wordt gewaarborgd door de inzet van ICT professionals met ruime ervaring op het gebied van mobile live streaming. Alle ziekenhuizen en medische centra in Nederland wordt de mogelijkheid gegeven om gebruik te maken van Teleburns. Inmiddels zijn 15 ziekenhuizen aangesloten en wordt Teleburns dagelijks en naar tevredenheid ingezet. Het kosteneffectieve karakter van Teleburns biedt tevens mogelijkheden voor toepassing in de behandeling op afstand van andere wondsoorten. Meer informatie hierover is te vinden op www.teleburns.org

EHOB® prevention • treatment • solutions

- Slimme, effectieve oplossingen voor preventie en behandeling van decubitus.
- EHOB® anti-decubitus producten zijn getest in de praktijk en bewezen makkelijk, betrouwbaar en effectief.
- Onze overlays, kussens en hielbeschermers zijn comfortabel, koel, bieden bescherming en bevorderen de genezing van alle typen decubitus.



Distributie Nederland:

Medeco BV
Postbus 1555
3260 BB Oud-Beijerland
Tel. +31 (0) 186 634400
www.medeco.nl

Kom voor meer informatie naar ons toe!

Wij zijn te vinden op het WCS congres
standnr. 9 en 10

Distributie België:

Medeco NV/SA
Campus Blairon 110
2300 Turnhout
Tel. +32 (0) 14 45 40 01
www.medeco.be

Oncologische wond 26 november

14.00 – 14.20	Radiotherapie, zowel vriend als vijand	P. van Kollenburg, research laborant, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
---------------	--	--

In 1895 ontdekte W.C. Röntgen per toeval de later naar hem vernoemde röntgenstraling. Hij zag direct het grote belang voor medische toepassingen en maakte zijn ontdekking wereldkundig. Iedereen zag het potentieel van deze röntgenstraling voor de geneeskunde. De nadelen bleven echter lange tijd verborgen. De directe schade (zichtbaar binnen enkele dagen tot weken) die deze straling kan veroorzaken kwam uiteraard snel aan het licht. Maar het duurde veel langer voordat men wist dat deze straling maanden tot jaren na de bestraling nog schade kan veroorzaken. Juist omdat röntgenstraling schade aan het weefsel veroorzaakt, werd het middel al snel gebruikt om kanker te bestrijden, echter zonder deze straling grondig te bestuderen. Door schade en schande werd men wijzer. Men ontdekte dat gezonde cellen zich na bestraling beter kunnen herstellen dan tumorcellen, mits ze een niet te hoge dosis krijgen. Als je meerdere malen een lage dosis geeft en er een periode van enkele uren tot dagen tussen de bestralingen zit, kun je uiteindelijk een hogere dosis geven aan de tumor, terwijl de gezonde cellen de tijd krijgen om te herstellen (dit heet: fractioneren).

Proefondervindelijk is er veel ervaring opgedaan. Ook voortschrijdend inzicht droeg bij aan een beter begrip van röntgenstraling. De technische vooruitgang maakte het mogelijk om de straling nauwkeuriger te centreren in de tumor en tegelijkertijd het gezonde weefsel te ontzien. Deze vooruitgang is nog steeds volop gaande. Behalve met fotonen (röntgenstraling) kan men ook bestralen met deeltjes, bijvoorbeeld met neutronen, protonen of elektronen. Men kan bestralen met door machines opgewekte straling, maar ook met radioactieve bronnen, zowel uit- als inwendig. Voor elk van deze technieken geldt dat men er na de ontdekking snel mee ging werken. Hierdoor werden pas gaandeweg de negatieve effecten duidelijk, ten koste van vele patiënten. Om de overlevingskansen te verhogen, wordt radiotherapie vaak gegeven in alle mogelijke combinaties met chirurgie, chemo-, hormoon- en soms met zuurstoftherapie. Al deze combinaties geven hun eigen specifieke vroege en late schade. De ene combinatie versterkt de effecten, de andere juist niet. Tegenwoordig is men goed op de hoogte van de nadelen van straling en richt men zich in de radiotherapie vooral op het zoveel mogelijk beperken van de bijwerkingen. Dit is tweeledig. Lukt het de bijwerkingen draaglijk te maken, dan probeert men in sommige gevallen de tumordosis alsnog te verhogen om zo de overlevingskansen te vergroten. In andere gevallen blijkt dat een lagere tumordosis (en dus een lagere dosis op het gezonde weefsel) dezelfde overlevingskansen geeft met veel minder bijwerkingen.

14.20 – 14.40	Huidreacties ten gevolge van radiotherapie, nog steeds een vijand?	Dr. P. Braam, radiotherapeut Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
---------------	--	---

Dankzij de computertechnologie zijn er de laatste jaren veel nieuwe technieken bijgekomen en is het mogelijk geworden een hogere dosis op de tumor te geven en het gezonde weefsel eromheen zo goed mogelijk te sparen. Met het gebruik van deze nieuwe technieken is het op de afdeling radiotherapie duidelijk waarneembaar dat de huidreactie ten gevolge van radiotherapie minder heftig is. Toch is de huidreactie door radiotherapie geen verleden tijd. Door de hogere stralingsdosis in sommige gevallen en/of gebruik te maken van radiosensitizers (stoffen die de bestraling versterken), kunnen er nog wel degelijk ernstige huidreacties voorkomen.

In deze presentatie wordt ingegaan op wat de invloed is van radiotherapie op de huid. Duidelijk gaat worden hoe de huidreactie tot stand komt en waarom preventieve maatregelen als crèmes onvoldoende geschikt zijn om schade aan de huid te voorkomen. Middels casuïstiek worden de diverse gradaties huidreacties in beeld gebracht en wordt een vergelijk gemaakt tussen de huidreacties van oude en nieuwe bestralingstechnieken.

14.40 – 15.00	Verzorging van huidreacties ten gevolge van radiotherapie	H. Lintz-Luidens, verpleegkundig consulent radiotherapie, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
---------------	---	--

Dat huidreacties ten gevolge van radiotherapie in veel gevallen minder heftig zijn dan vroeger, wil niet zeggen dat het ongemak voor de patiënt verleden tijd is. Ook al gaat de huid minder snel stuk, de roodheid en het droge trekkerige gevoel

wordt voor een aantal doelgebieden zoals mamma, bekken en hoofd-hals gebied als vervelend ervaren. Helaas is het anno 2013 nog steeds zo dat in Nederland geen consensus is over de ondersteunende huidverzorging en de behandeling van nattende desquamatie (oppervlakkige wond ontstaan door radiotherapie). Elk radiotherapeutisch instituut heeft zijn eigen richtlijn.

Voor deze presentatie is een literatuurstudie gedaan met als voornaamste doel, te kijken of er valide evidenced-based studies zijn met aanbevelingen voor de verzorging en behandeling van huidreacties ten gevolge van radiotherapie. Met deze gegevens en ruim vijftientig jaar praktijkervaring, wordt de verzorging van de diverse gradaties huidreactie ten gevolge van radiotherapie in kaart gebracht.

15.30 – 16.00	Behandeling en complicaties van KNO tumoren (mondbodemca, larynxca, oropharynxca)	Dr. J.F.M. Lohuis, KNO arts, Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
---------------	---	--

Over the past 20 years the introduction of reconstructive techniques incorporating microvascular free tissue transfer have transformed the quality of life of patients undergoing head and neck surgery.

In the presentation reconstruction principles will be explained schematically whereas the ladder of reconstruction will be used to discuss the decision making process for reconstructive options when confronted with small and major skin cancer defects in the head and neck region.

Ladder of reconstruction:

- primary closure
- secondary granulation
- free skin transplant
- osseo-integrated implants
- local transposition
- regional transposition
- microvascular free tissue transfer

16.00 – 16.20	'Spoken is goud, zwijgen is zilver', als praten niet meer vanzelfsprekend is	E. den Blanken, teamleider KNO, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
---------------	--	--

Verbinding maken met elkaar komt meestal tot stand door mondelinge communicatie.

Maar mondelinge communicatie is niet altijd vanzelfsprekend. Wat als deze beperkt is of helemaal niet meer aanwezig is bij de patiënt? Bij de oncologische KNO patiënt wordt vaak de stem ontnomen en moet de patiënt op een andere manier leren spreken. In deze presentatie de betekenis hiervan voor de patiënt, familie, zorgverlener, mantelzorger, etc.

16.20 – 16.40	Communicatie als uitdaging	N. Tol, wijkziekenverzorger, Cordaan R. Oediet, verpleegkundige i.o., Cordaan
---------------	----------------------------	--

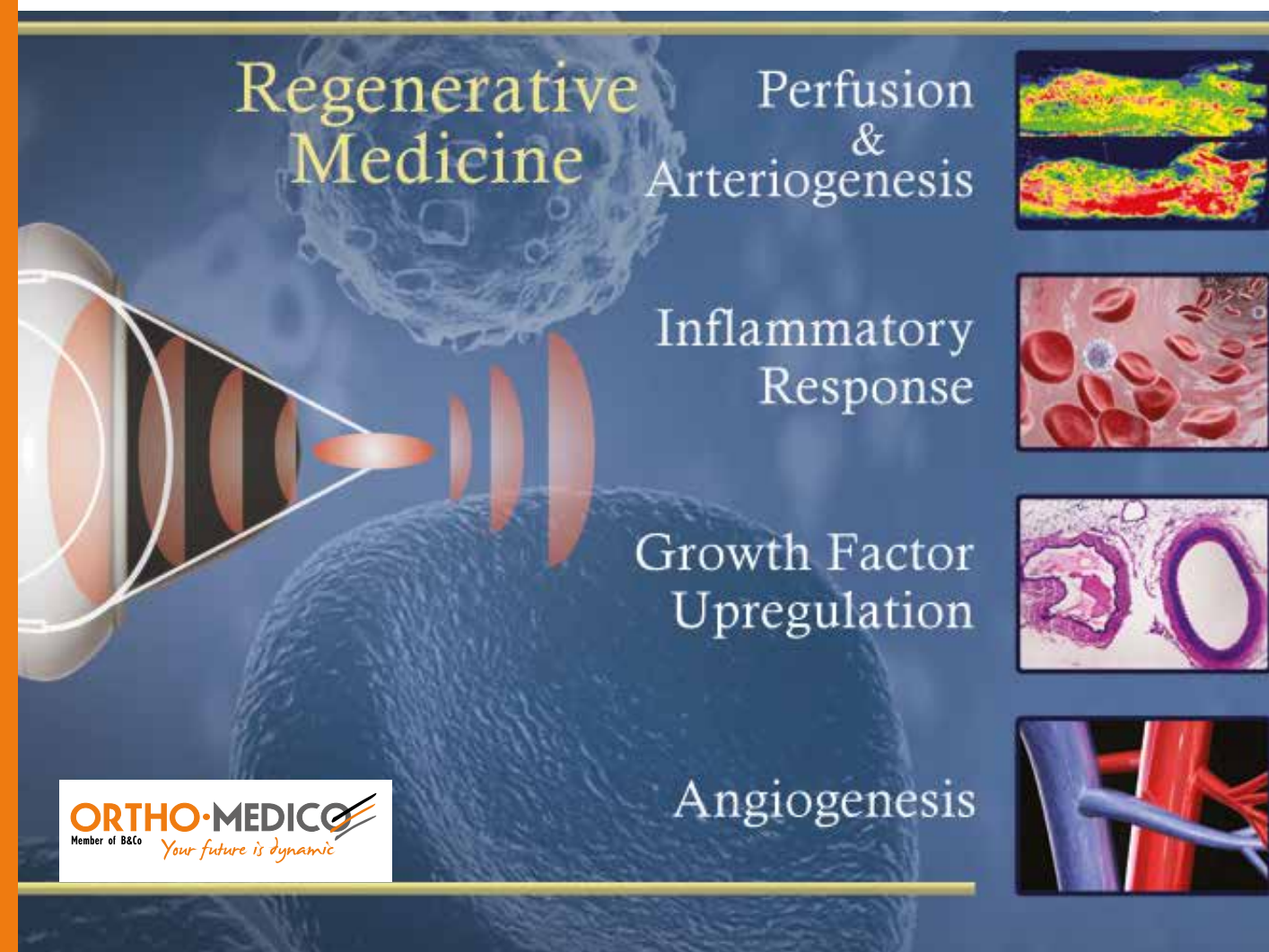
Hoe communiceer je als zorgverlener met een patiënt met een mondbodemcarcinoom, die na een ingrijpende operatie dat mondeling niet meer kan? Hoe help, verzorg en ondersteun je de patiënt als hij zich alleen lichamelijk wil laten verzorgen? Hoe ga je om met communicatieproblemen op psychosociaal en cultureel gebied?

In deze presentatie de zoektocht van twee zorgverleners naar de juiste toon. Zal deze leiden tot een passende aanpak voor zowel lichamelijk, geestelijke en sociale ondersteuning?

16.40 – 17.00	De andere kant van het verband	WCS Commissie Oncologische wonden en Ulcera
---------------	--------------------------------	---

De ervaringen van een patiënt met de verzorging en behandeling van zijn levensbedreigende tumorulceraties. Welke lering kunnen wij trekken? Met de deelnemers aan deze workshop zoeken de gespreksleiders naar een antwoord op de vraag: 'Hoe is een evenwicht te vinden tussen de wens van de patiënt en de deskundigheid van de hulpverlener?'

Negatieve en Positieve Druk Therapie voor optimale wondzorg



REGENERATIVE AND EVIDENCE BASED MEDICINE

**VOOR MEER INFORMATIE,
GELIEVE CONTACT OP TE NEMEN MET:**

Ortho-Medico Mutsaardstraat 46B • B-9550 Herzele
Tel. +32(0)54 50 40 05 • Fax +32(0)54 50 20 28
info@orthomedico.be • www.orthomedico.eu

**BEZOEK ONZE STAND
(N° 23) OP HET WCS
CONGRES!**

Abstractoverzicht

Plenaire sessie 27 november

11.00 – 11.15	Evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de ketenzorg	J. van Steveninck-Barends MANP, verpleegkundig specialist plastische chirurgie, HagaZiekenhuis, Den Haag C. Smit, wond- en dermatologieverpleegkundige, Diaconessenhuis Utrecht/Zeist
---------------	---	--

Twee leden van de WCS Commissie Chirurgische Wond geven een korte presentatie naar aanleiding van de ontwikkeling van de eerste nieuwe evidence based richtlijn voor de behandeling van acute wonden. De richtlijn richt zich op vijf hoofdpunten in de wondzorg: reinigen, pijnbestrijding, verbandmateriaal, instructies en organisatie. Tijdens de presentatie wordt van enkele casuïstieken de oorzaak, pathofysiologie, therapie en de nazorg besproken aan de hand van de richtlijn.

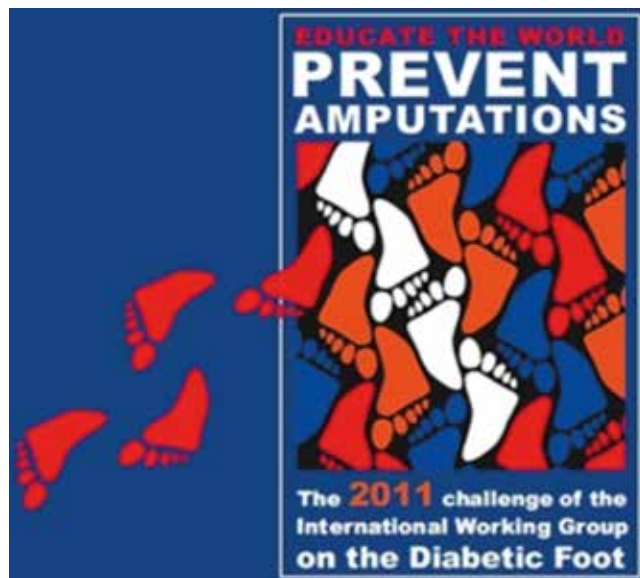
11.15 – 11.30	Diabetische voet	V. Oostendorp, wondconsulent, Amphia Ziekenhuis Breda, bestuurslid WCS
---------------	------------------	--

Neil Armstrong zet op 20 juli 1969 de eerste stappen op de maan. Zijn historische uitspraak schoot hem pas op het laatste moment binnen: 'That's one small step for [a] man, one giant leap for mankind' ofwel: 'Dat is een kleine stap voor [een] mens, een reuzensprong voor de mensheid'.



Bron: Reuters, ANP, redactie Volkskrant

Dat is ook de opzet van dit congres en de WCS als kenniscentrum. Een klein stapje binnen je instelling en binnen de regio. Voor patiënten met een diabetische voet heeft het hopelijk grote gevolgen voor de toekomst. In deze presentatie ga ik in op de laatste ontwikkelingen op het gebied van de diabetische voet. De 'Simms' classificatie en de 'Texas' classificatie komen nadrukkelijk aan bod. Beide classificaties worden in de eerste en de tweede lijn gebruikt. Door zorgverzekeraars en het aanleveren van nieuwe prestatie indicatoren van de inspectie voor volksgezondheid wordt het ook steeds belangrijk om met classificaties te werken. Ten aanzien van wond- en wondbedmanagement wordt de behandeling van infectie, revascularisatie, off-loading en wondmanagement in de presentatie toegelicht.



11.30 – 11.45	Ulcus cruris	K.C. Timm - van Ruitenburg MA ANP, verpleegkundig specialist intensieve zorg, IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel, bestuurslid WCS
---------------	--------------	--

Een langdurige wond aan het onderbeen, de vertaling van de woorden ulcus cruris, kent vele oorzaken. Als een patiënt zich meldt met een wond aan het onderbeen, is het dus van groot belang een goede anamnese af te nemen en de juiste diagnostiek te verrichten alvorens tot behandeling over te gaan. Aan de hand van een casus die start in de eerste lijn, volgen we de stappen van een zorgpad ulcus cruris.

11.45 – 12.00	Decubitus	T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent, LangeLand Ziekenhuis en Vierstroom, Zoetermeer
---------------	-----------	---

Omdat het bij decubitus zeker niet alleen om doorliggen gaat maar ook om doorzitten, presentatie van een 'zit'-casus uit de thuiszorgpraktijk. Er is veel aandacht voor de groep van 'doorliggers' en er is ook al veel bereikt. De meeste instellingen hebben een decubituscommissie en een preventie- en behandelprotocol, en meestal wordt dit ook regionaal opgepakt. Door de jaarlijkse prevalentietellingen is er veel aandacht voor decubitus en het resultaat is dat de prevalentiecijfers zijn gedaald als gevolg van de inzet van preventiemaatregelen als wisselhouding en inzet van hulpmiddelen als een antidecubitus matras. Veel minder lees je over decubitus als gevolg van zitten, de groep 'doorzitters'.

Decubitus als gevolg van zitten is misschien nog wel een groter probleem als decubitus als gevolg van liggen. Bij het zitten is het lichaamsgewicht verdeeld over een kleiner oppervlak. Gezonde mensen gaan, al dan niet onbewust, regelmatig verzitten om de drukverdeling te veranderen. Mensen die immobiel geworden zijn door ziekte of ongeval, waarbij veelal ook sprake is van gevoelsstoornissen, lopen een groot risico. Daarnaast kan na jaren zitten in een rolstoel, de zithouding veranderen en scheefstand in de wervelkolom ontstaan. Het gevolg kan dan zijn dat één zitbeen veel meer belast wordt dan de ander, waardoor er zich een decubituswond kan ontwikkelen. Een actief preventiebeleid is hier dan ook heel noodzakelijk, maar onderbelicht! Er komen vaak meer disciplines bij kijken dan bij een ligprobleem. Denk aan de WMO-consulent van de gemeente bij rolstoelafhankelijke mensen, een ergotherapeut, revalidatiearts, wijkverpleegkundige en de leverancier van de rolstoel. Belangrijk is om als decubitusconsulent korte lijnen te hebben, want snelheid is vaak geboden bij deze patiënten.

12.00 – 12.15	Oncologische wond	M.J.G. Löwik, verpleegkundig specialist gynaecologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
---------------	-------------------	--

Eén belangrijke vraag staat centraal bij het opstellen van een wondbehandelplan voor kankerpatiënten. Wordt de wond van de betreffende kankerpatiënt veroorzaakt door de kanker of is er een andere oorzaak voor het huiddefect? Indien het onderliggende weefsel maligne is, moet de behandeling tumorgericht zijn. Wanneer het onderliggende weefsel kwaadaardige cellen bevat, spreken we van een oncologisch ulcus. Patiënten met oncologische ulcera worden dagelijks geconfronteerd met het zichtbare gevolg van hun ziekte. De impact, die het hebben van kanker met zich meebrengt, wordt versterkt door de problemen die het oncologisch ulcus veroorzaakt. Geur- en bloedingsproblemen, een lekkende wond, pijn of jeuk, kunnen het dagelijkse leven van de patiënt (sterk) negatief beïnvloeden. Wanneer een tumorgerichte behandeling niet meer mogelijk is, staat de klachtenbehandeling en het bieden van comfort op de voorgrond. Tijdens deze presentatie, zal aan de hand van enkele cases, de problematiek van de oncologische ulcera worden besproken. De richtlijn oncologische ulcera van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) wordt daarbij als basis gebruikt.

Decubitus 27 november

14.00 – 14.15	Tunnelvisie	A. van Gestel, wondconsulent, Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
---------------	-------------	---

In de wondzorg is men steeds op zoek naar de juiste interpretatie van een aantal waarnemingen die men doet. Wanneer deze aanwijzingen vanuit een als juist aangenomen hypothese worden gezien en andere verklaringen over het hoofd worden gezien spreekt men van tunnelvisie. Tunnelvisie is de onkunde, onwil of onmogelijkheid om bepaalde dingen, die binnen iemands directe belevingswereld liggen, waar te nemen. De reikwijdte van de visie op concepten en begrippen wordt beperkt tot het eigen aandachtsveld. Tijdens deze presentatie wil ik ingaan op een casus vanuit de praktijk. Ik wil laten zien wat en waar het mis ging. Mijn doel is dat men na het zien van deze casus bewust wordt van het feit hoe makkelijk men, ook in de wondzorg, in een tunnelvisie terecht komt.

14.15 – 14.45	Decubitus hiel of diabetisch voet? De verschillen en overeenkomsten	E. Manning, physician assistent, Ziekenhuisgroep Twente, Almelo/Hengelo H. Post, verpleegkundig specialist, Evean Zorg, Zaandam
---------------	--	--

Letsels aan het onderbeen als gevolg van decubitus en diabetes mellitus (diabetische voet) hebben misschien wel meer met elkaar gemeen dan we denken. Beide soorten wonden ontstaan door een trauma in de vorm van hoge drukken en/ of schuifkrachten. Mobiliteit en positionering spelen hierbij een belangrijke rol. Waar bij decubitus de mobiliteit (vaak tijdelijk) ontbreekt of veroorzaakt wordt bij een bewegingsdrang (neurologisch probleem) en verkeerde houding, zie je bij het ontstaan van een diabetische voetwond vaak een periode van verhoogde mobiliteit en/ of een verkeerde positionering van de voet in schoeisel of onderlaag tijdens bedrust.

In deze workshop willen wij met behulp van de laatste richtlijnen de verschillen en overeenkomsten tussen een hieldecubitus en een diabetische voet bespreken. We pluizen beide definities uit en belichten daaruit de specifieke aspecten, zoals het ontstaan en onderliggend lijden. Er bestaan verschillende classificatiemodellen bij zowel het herkennen van een risicopatiënt als de bepaling van wondgradaties. De diabetische voet start bijvoorbeeld met een gradatie nul (wond in voorgeschiedenis), terwijl decubitus begint bij categorie één (reeds een zichtbare huidafwijking). Het doen van vervolgdagnostiek is een zeer belangrijk onderdeel bij de hieldecubitus, zeker wanneer het om een patiënt gaat met diabetes mellitus. De behandeling is voornamelijk gericht op het wegnemen van het trauma, de 'drukontlasting'. Met behulp van een casus proberen we het geheel beeldend te brengen, zodat er een interactieve workshop ontstaat, waarbinnen we misschien wel met ieders inbreng nieuwe ideeën opdoen.

14.45 -15.00	Decubitus in verpleeghuis	M. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen, Etten-Leur
--------------	---------------------------	--

Regelmatig worden cliënten vanuit het ziekenhuis opgenomen in een verpleeghuis met complexe wonden, waaronder decubituswonden. Binnen de regio Breda zijn goede ketenafspraken gemaakt aangaande overname van de behandeling bij opname in het verpleeghuis en er zijn duidelijke afspraken ketenbreed over de wijze van behandelen. Toch blijkt in de praktijk vaak dat men in het ziekenhuis niet op de hoogte is van deze afspraken en cliënt aanmeldt voor poliklinische behandeling in het ziekenhuis. Dat kan leiden tot verwachtingen bij cliënt/familie die niet gehonoreerd kunnen worden in het verpleeghuis als het ziekenhuis afwijkt van het regioprotocol. Dit leidt vaak tot moeilijke communicatie met cliënt en familie. Aan de hand van een tweetal casussen zal nader ingegaan worden op deze problematiek.

15.30 – 16.00	Decubitusstichting Oostelijk Zuid-Limburg Mensen zijn niet van steen, decubitus zorg in praktijk.	A. Jaspar, MSc i.o. wound care and tissue repair, Mitralis, Heerlen
16.00 – 16.30 16.30 – 17.00		J. Janssen, wondconsulent, Mitralis, Heerlen F. Pelzer, verpleegkundig specialist, Universitair Medisch Centrum, Maastricht

Tijdens deze workshop zal worden ingegaan op de **praktijk** rondom decubitus. Hierbij komen ook de volgende thema's aan bod: decubitus, intertrigo en incontinentieletsel. Door middel van het geven van stellingen, theorie en casuïstiekbespreking met betrekking tot bovenstaande thema's is het de bedoeling dat er op een interactieve wijze kennis met elkaar gedeeld wordt. Er wordt gebruik gemaakt van kleurenkaartjes, waarmee men kan aangeven of men het eens of oneens is met de gegeven stelling. Speerpunt van de workshop moet zijn om de antwoorden van de stellingen vakinhoudelijk te beargumenteren.



Redactron Zorg

Hulpmiddelen

Redactron biedt een hoogwaardig programma anti-decubitusproducten zoals zorgmatrassen, kussens en low air loss en alternierende systemen. Naast dit specialisme levert Redactron luchtmatrassen, hoog/laagbedden, trippel- en sta-op stoelen. Ook als het gaat om mobiliteit, hulpmiddelen en obesitas garandeert Redactron de juiste producten en de beste service. Daarmee maakt Redactron uw dagelijkse praktijk en daarmee het leven van uw patiënten makkelijker. Ook omdat zij altijd terecht kunnen in een van onze thuiszorgwinkels.

Redactron maakt het leven makkelijk

Esp 113, 5633 AA Eindhoven E klantenservice@redactron.com T 040-2629000 I www.redactron.com

Chirurgische wond 27 november

14.00 – 14.30	Perineumreconstructie met een VRAM lap	Dr. M.A.M. Mureau, plastisch chirurg, sector-hoofd oncologische reconstructieve chirurgie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
---------------	--	---

Een abdominoperineale resectie is meestal geïndiceerd voor een persisterende of recidiverende anorectale tumor na eerdere (chemo)radiatie. Dit betekent dat uitgebreide chirurgie plaatsvindt in bestraald weefsel, hetgeen een verhoogde kans op wondgenezingsproblemen geeft tot 60-70%. Veel voorkomende complicaties zijn dehiscentie (open gaan van de wond), infecties met abcesvorming en een vertraagde wondgenezing. Om de kans op wondproblemen te verkleinen is het vaak nodig goed gevasculariseerd weefsel toe te voegen waardoor tevens een spanningsloze sluiting van de wond mogelijk is. Daarnaast is het van belang de ruimten in het kleine bekken op te vullen om de kans op vloeistofcollecties die kunnen infecteren te verkleinen. Ook is een stevige afsluiting van de bekkenbodem van belang ter preventie van een hernia (breuk). Als laatste kan het bij vrouwen nodig zijn tevens de vagina achterwand te reconstrueren. De Vertical Rectus Abdominis Myocutaneous (VRAM)-lap is een goede optie om deze doelen te bereiken. De ingreep, klinische voorbeelden en complicaties zullen worden besproken als ook de postoperatieve verpleegkundige aspecten die hierbij komen kijken.

14.30 – 15.00	Open buikproblematiek met fistels en stomazorg	W. Groetelaers, verpleegkundig consulent IC, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
---------------	--	---

Deze lezing zal de wondzorg verbinden met inzicht en creativiteit. Iedere patiënt is uniek, met de behoefte aan een individuele benadering. De verpleegkundige zorg voor een patiënt met een open buik behandeling is zeer complex en arbeidsintensief. En wat als er ook nog sprake is van een orgaanfistel of een stoma in de wond? Na een algemeen gedeelte zal er aan de hand van casussen nader ingegaan worden op de zorgaspecten van de open buik behandeling al dan niet met een stoma of een fistel.

15.30 – 16.00	Negatieve druk therapie als behandeling voor een blootliggende vaatprothese in de lies	Drs. P. Berger, vaatchirurg, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht D. de Bie M ANP, nurse practitioner, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
---------------	--	--

Een geïnfecteerde lieswond is een veel voorkomende complicatie binnen de vaatchirurgie. Deze infectie is soms beperkt tot de huid en subcutis, maar kan er ook toe lijden dat een onderliggende vaatprothese bloot komt te liggen. Traditioneel wordt een lieswond met een blootliggende vaatprothese chirurgisch behandeld, waarbij al het geïnfecteerde weefsel verwijderd wordt, inclusief de vaatprothese. Vervolgens dient de bloedvoorziening naar het been hersteld te worden. Dit zijn over het algemeen veelomvattende ingrepen met serieuze risico's voor de patiënt.

Negatieve druk therapie wordt frequent gebruikt om wondgenezing te bevorderen. Bij een blootliggende vaatprothese wordt het gebruik van negatieve druktherapie echter afgeraden wegens het gevaar op een bloeding. Sinds 2009 behandelen wij patiënten met een blootliggende vaatprothese in de lies met een aangepaste negatieve druktechniek. We maken gebruik van een dubbele sponstechniek (een combinatie van polyvinyl alcohol en polyurethaan sponzen) met een continue negatieve druk van 50 mmHg. In onderzoek met een mediane follow-up van 380 dagen werden geen complicaties gezien en konden alle vaatprothesen behouden worden. Deze techniek is voor de patiënt veel minder risicovol en onze resultaten wijzen erop dat de dubbele spons techniek een effectieve en eenvoudige methode lijkt te zijn om bij liesinfecties met een blootliggende vaatprothese, de prothese te behouden en de lieswond te sluiten.

16.00 – 16.30	Automutilatie wat moet ik hiermee?	Drs. J. Verhelst, ANIOS, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
---------------	------------------------------------	---

Automutilatie of 'self-harm' is complexe problematiek waar zowel aandacht moet zijn voor de somatische zorg als voor de psychische problematiek. Dit blijkt wel doordat er binnen algemene ziekenhuizen (bijvoorbeeld de SEH) maar weinig kennis is over onderliggende psychiatrische problematiek. Binnen de GZZ instellingen is er daarentegen weer te weinig kennis over somatische wondzorg. Een goede samenwerking, verbinding, tussen die twee zou de basis moeten zijn voor de complexe zorg voor deze vaak kwetsbare patiëntengroep.

In de literatuur is self-harm een zeer uitgebreid begrip. Onderdeel hiervan is de self-injury (zelfbeschadiging). Naast het snijden in de huid moet je hierbij dus ook denken aan branden, krassen, bonken en slaan met hoofd of handen en aan haren trekken. Naar schattingen, die zeer uiteenlopen, zijn jaarlijks 14.000 SEH bezoeken het gevolg van automutilatie. Automutilatie is geen poging tot suicide. Wel is er een sterke correlatie, sterker nog, het wordt vaak toegepast om suicide te voorkomen. Het is een vorm van verstoorde coping en het heeft dus ook een functie. Behalve dat het letsel zelf potentieel levensbedreigend kan zijn, is er tevens een verhoogd risico op suicide bij patiënten die zichzelf verwonden. Zelfverwondend gedrag roept meestal sterke reacties op bij zorgverleners zoals afschuw, boosheid, weerzin, zich gemanipuleerd voelen of onzekerheid. Vaak hebben deze reacties te maken met een ervaren tekort aan kennis en vaardigheden op dit gebied. Tijdens de presentatie zullen de achtergronden en pathofysiologie worden belicht. Daarnaast zal ook een aantal praktische handvatten worden aangereikt voor de behandeling en begeleiding van deze complexe en kwetsbare groep patiënten.

16.30 – 17.00	Het Mobiel Medisch Team (MMT) in Nederland	Drs. R. Eijk, anesthesioloog-intensivist, MMT-arts lifeliner 3, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
---------------	--	--

In Nederland zijn vier actieve mobiel medische teams. Deze teams hebben een helikopter en een voertuig tot hun beschikking om prehospital zorg te verlenen aan patiënten. Zij doen dit ter ondersteuning van de ambulancezorg. Een groot deel van de patiëntenpopulatie bestaat uit patiënten na een ongeval in het verkeer, thuis of op het werk. Deze polytraumapatiënten hebben naast neurologisch letsel vaak meer of minder weke delenletsels.

In de voordracht zal de rol van het MMT, de lifeliners in de spoedeisende medische hulpverlening worden toegelicht en aan de hand van enkele patiënten casuïstieken zal de eerste behandeling van weke delenletsel prehospital besproken worden. Verder zal het gebruik van de wervelplank als extrication device maar ook als oorzaak voor met name drukletsel toegelicht worden.

Ulcus cruris 27 november

14.00 – 14.30	Basis huidverzorging	C.C.M. Smit, wondconsulent, Diaconessenhuis, Utrecht
---------------	----------------------	--

Het aantal ouderen in de maatschappij neemt toe. Tegen 2050 zal een kwart van de bevolking 65 jaar of ouder zijn. In de zorg hebben we nu al in toenemende mate te maken met de oudere huid. Deze is vaak droog (75% van de personen van 65 jaar en ouder) en de droge huid geeft vaak specifieke problemen door kwetsbaarheid en jeuk. Niet zelden komt extreme droogheid voor wat eczeem, kloven en wondjes kan veroorzaken. Naast de beïnvloedende factoren die tot een droge huid kunnen leiden en de verschijnselen waaraan je de droge huid kunt herkennen, wordt in de presentatie ingegaan op de basis van huidverzorging. Hoe gaan we om met wassen en zeep? Wat is het verschil tussen een lotion, crème of zalf en wanneer smeert je nu eigenlijk wat? Welke middelen kan je toepassen bij jeuk? De oudere huid vraagt specifieke verzorging om in balans te blijven: leer in de presentatie hoe je de droge huid herkent en optimaal verzorgt.

14.30 – 15.00	Klinische verschillen tussen arterieel en veneus ulcus	C.C.W.M. Dekkers MANP verpleegkundig specialist, Amphia Ziekenhuis, Breda
---------------	--	---

Ulcera aan de onderbenen kunnen meerdere oorzaken hebben, onder andere veneuze insufficiëntie en arteriële insufficiëntie. Bij veneuze insufficiëntie is er een probleem met de bloedafvoer, waardoor veneuze hypertensie ontstaat. Bij arteriële insufficiëntie is er sprake van een probleem met de bloedaanvoer, waardoor er minder zuurstof in de onderbenen en voeten komt. Niet alleen het klinisch beeld is verschillend, ook het diagnostisch onderzoek en de behandeling zijn anders. De behandeling bij veneuze insufficiëntie is erop gericht de afvoer te verbeteren bijvoorbeeld door varices uit te schakelen met behulp van sclerocompressietherapie. Bij de behandeling van arteriële insufficiëntie kan geprobeerd worden de aanvoer te verbeteren door bijvoorbeeld een dotterbehandeling. Beide behandelingen zijn er onder andere op gericht om het ontstaan van nieuwe ulcera in de toekomst te voorkomen.

15.30 – 16.00	Nieuwe richtlijn ulcus cruris	T. Jongerius, wond- stomaverpleegkundige Careyn, specialistische zorg Utrecht A. Mooij, verpleegkundig specialist Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam.
---------------	-------------------------------	---

In deze presentatie wordt op een unieke wijze de praktische kant van het werken met de richtlijn ulcus cruris venosum 2013 weergegeven. In het afgelopen jaar is er gewerkt aan een conceptrichtlijn door een multidisciplinaire werkgroep in opdracht van de NVDV. Knelpunten en wensen ten aanzien van de bestaande (CBO richtlijn ulcus cruris 2005) zijn geïnventariseerd. De werkgroep wil met de herziening van de richtlijn bereiken dat de diagnostiek en behandeling binnen de verschillende beroepsgroepen meer met elkaar overeenstemt en dat de kwaliteit van zorg hierdoor verbetert. Ook WCS Kenniscentrum Wondzorg heeft geparticipeerd in deze richtlijnontwikkeling. De aanpak van het ulcus cruris venosum blijkt maatwerk. Compressie is het belangrijkste onderdeel van de behandeling. Maar in de praktijk blijkt veelal dat dit moeilijk uitvoerbaar is. Wat te doen als iemand de compressie niet verdraagt, niet therapietrouw is of immobiel? Hoe belangrijk is een enkel-armindex? Hoe belangrijk is de wondbehandeling?

In de presentatie zal besproken worden hoe we vanuit de richtlijn oplossingen kunnen bedenken voor de problemen die we ondervinden in de dagelijkse praktijk.

Diabetische voet 27 november

14.00-14.30	Schimmelinfecties en de voet	Dr. J. F. Meis, arts-microbioloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
-------------	------------------------------	---

Schimmels en gisten in de natuur hebben als belangrijkste taak het afbreken en opruimen van organisch, vooral plantaardig materiaal. Schimmels die bij de mens op de huid voorkomen gebruiken vooral keratine als voedingsstof. Deze keratinofiele schimmels heten dermatofyten en zij komen zowel bij gezonde mensen als patiënten met verminderde weerstand voor. Schimmelinfecties van de huid worden beschreven naar de plaats van infectie of de soort veroorzakende schimmel. De diagnostiek is relatief eenvoudig met microscopie en kweek en/of door DNA aantoning van de schimmel in schilfers of nagel. De voetschimmel is de meest voorkomende infectieziekte ter wereld met een prevalentie van 20-30% van de bevolking. Voet hygiëne en vochtigheid speelt, naast geslacht en blootstelling aan openbare ruimten, een belangrijke rol bij het ontstaan van een dermatofiet infectie van de voet. Therapeutisch interventie met alleen antischimmel middelen is vaak onvoldoende om er definitief vanaf te komen. In het algemeen is dit geen probleem voor gezonde mensen maar bij patiënten met diabetes mellitus moet getracht worden met gerichte therapie om de infectie te genezen en te voorkomen dat het terug komt. Soms is hiervoor orale medicatie nodig nadat de diagnose is vastgesteld. In de voordracht komen de voorgaande zaken aan de orde.



14:30-15:00	De kip en het ei van infecties bij patiënten met diabetes mellitus	Dr. H. Ablij, internist, Diaconessenhuis, Leiden
-------------	--	--

De vraag is of een hoog glucose of hoog HbA1c een risicofactor is voor infecties, of gaat het glucose of HbA1c omhoog door infecties? Hoewel infecties bij patiënten met suikerziekte vaak een meer gecompliceerd verloop hebben dan bij patiënten zonder diabetes, is het in de literatuur nog geen uitgemaakte zaak dat diabetespatiënten bevattelijker zijn om infecties op te lopen. Specifieke infecties zijn wel meer prevalent bij diabetespatiënten: voetinfecties, schimmelinfecties en urineweginfecties. Infecties bij diabetespatiënten verlopen dus vaak wel meer gecompliceerd door gastheer-afhankelijke factoren:

- verminderde afweer,
- atherosclerose en verminderde vascularisatie,
- polyneuropathieën,
- kolonisatie van huid en slijmvliezen met schimmels en *S. Aureus*.

Bij bepaalde klinische condities hebben diabetespatiënten ook kans op hogere mortaliteit en morbiditeit als gevolg van infecties, namelijk bij postoperatieve infecties en bij patiënten met hart- en niertransplantaties. Er zal tijdens de presentatie uitgebreid ingegaan worden op de specifieke infecties die bij diabetespatiënten optreden en de gastheer-afhankelijke factoren die een grote rol spelen bij het beloop van infecties.

15.30 – 16.00	Minimaal invasieve ingrepen bij vasculaire problemen	Dr. T. Geeraedts, interventieradioloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
---------------	--	--

Ter inleiding zal in deze presentatie het probleem van perifeer arterieel vaatlijden kort behandeld worden. Pathofysiologie, epidemiologie en risicofactoren van arterieel vaatlijden worden samengevat. Daarna wordt er ingegaan op de relatie tussen weefselperfusie, ulcera en wondgenezing en worden behandelstrategieën bij 'kritieke ischemie' van het onderbeen besproken. Hierbij zal de nadruk liggen op endovasculaire behandeling. Vervolgens wordt perifeer arterieel vaatlijden aanschouwelijk gemaakt met voorbeelden van verschillende beeldvormende technieken, waaronder digitale subtractie angiografie, CT angiografie, MR angiografie en doppler echografie. Hierbij wordt een beeld verkregen van processen die de perfusie van het onderbeen negatief beïnvloeden, zoals atherosclerose, vaatstenosen en chronische totale occlusies. Daarna zal aan de hand van enkele casussen de techniek van de endovasculaire behandeling uiteen gezet worden. Doel van de behandeling is steeds het verbeteren van de perfusie. Veel gebruikte technieken die besproken zullen worden zijn stenting, PTA en PIER. Ook eventuele onmogelijkheden en complicaties zullen hierbij aan bod komen. Endovasculaire behandeling bij 'kritieke ischemie' wordt vaak gezien als een van de laatste middelen om amputatie te voorkomen.

16.00 – 16.30	Richtlijn diabetische voet	Prof. dr. N.C. Schaper, internist, Universitair Medisch Centrum Maastricht, Maastricht en hoofd transmurale diabeteszorg Maastricht en Heuvelland
---------------	----------------------------	---

Voetulcera en neuro-osteo-arthropathie (ziekte van Charcot) zijn typische lange termijn complicaties van diabetes mellitus. De consequenties voor patiënt, omgeving en het zorgsysteem zijn groot ten gevolge van de vaak trage genezing, noodzaak voor operatieve ingrepen, verlies van mobiliteit en amputatie. Hoewel per jaar een relatief klein aantal patiënten (2-3% per jaar) een voetulcus ontwikkelen, zijn de kosten per patiënt hoog, zodat berekend kon worden dat in 2003 in Nederland 40% van het diabetesbudget aan deze patiëntencategorie werd besteed.

Bij het ontstaan van een voetulcus zijn meestal verschillende mechanismen gelijktijdig betrokken en een multidisciplinaire benadering is nodig om ulcera, amputaties, verlies van kwaliteit van leven en excessieve kosten te voorkomen. Een gestructureerde organisatie van de zorg, waarbij alle patiënten toegang hebben tot adequate voetverzorging, is een tweede randvoorwaarde. Een geïntegreerde aanpak die bestaat uit vroege opsporing van een voet 'at risk', multidisciplinaire behandeling, aandacht voor educatie van zowel zorgverleners als de patiënt, en intensieve voetverzorging, kunnen leiden tot een reductie van het aantal amputaties tussen de 49-85% en kunnen volgens recente studies genezingspercentages van > 75% worden bereikt. Zo nam bijvoorbeeld in Nederland het aantal amputaties in de periode 1991-2000 af met 34%, maar gebrek aan aandacht, kennis en vaardigheden bij zowel patiënt als zorgverlener leidt waarschijnlijk nog steeds tot onvoldoende preventie en zorg. De afgelopen decennia is veel inzicht verkregen in de ontstaanswijze van een voetulcus en de barrières voor genezing. Meerdere observationele en interventiestudies van redelijke tot goede kwaliteit zijn verricht die de basis kunnen leggen voor 'evidence based' preventie, diagnostiek en behandeling. Ook is duidelijk geworden dat er een verschuiving plaats vindt van het type ulcera, vroeger lag vooral het accent op neuropathische ulcera, recentere studies geven aan dat neuro-ischemische ulcera steeds vaker voorkomen (nu ongeveer 50% van alle ulcera), wat natuurlijk consequenties heeft voor diagnostiek en behandeling. Met name op het terrein van de behandeling van perifere ischemie zijn er de laatste jaren nieuwe ontwikkelingen geweest, zoals katheter-gestuurde intravasculaire interventies en hyperbare zuurstof behandeling, die hun vertaling naar de praktijk moeten vinden. Ook in andere gebieden zoals wondzorg, infectie en schoeiselvoorzieningen zijn de afgelopen jaren de ontwikkelingen niet stil blijven staan. De richtlijnen en de systematische reviews van de International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) spelen bij de vertaling van deze inzichten naar de praktijk een belangrijke rol.

Ook in Nederland is er een lange traditie van een multidisciplinaire aanpak, op basis van een multidisciplinaire richtlijn. De laatste richtlijn is in 2006 verschenen en in 2012 heeft de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) - in samenwerking met de Orde van Medische Specialisten- het initiatief genomen een nieuwe versie van deze richtlijn op te stellen. In de zomer van 2013 is een ontwerp tekst opgesteld die vervolgens aangeboden zal worden voor commentaar/verbeteringen aan de betrokken medische disciplines. De verwachting is dat in de eerste helft van 2014 deze richtlijn gepubliceerd kan worden. Een nieuwe ontwikkeling daarbij is dat de richtlijn webbased beschikbaar zal zijn, waardoor verschillende onderdelen sneller toegankelijk zullen zijn.

16.30 – 17.00	Workshop classificeren diabetische voet ulcera aan de hand van de Texas classificatie	I. Hulst MA ANP, vaatchirurgie-diabetische voet, HagaZiekenhuis, Den Haag E. Lenselink, wondconsulent, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
---------------	---	--

Diabetische voetulcera worden veroorzaakt door verschillende etiologische factoren, zoals perifeer arterieel occlusief vaatlijden en perifere neuropathie. De grote diversiteit aan diabetische voetwonden heeft geresulteerd in een schaarste aan wetenschappelijk bewijs en daardoor optimale richtlijnen voor de klinische behandeling. Een gevalideerd scoringssysteem kan leiden tot verbeterde systematische anamnese, communicatie tussen behandelaars, juiste behandelstrategieën, uitkomsten voorspellen en leiden tot een vermindering van het aantal diabetes gerelateerde amputaties. Daarnaast maakt een systematisch classificatie systeem ook vergelijkingen tussen studies mogelijk. In de dagelijkse praktijk worden de Megitt-Wagner systeem en de Universiteit van Texas Diabetische voet classificatie systeem (UTS) het meest gebruikt en vanaf volgend jaar is de laatst genoemde een prestatie-indicator. De UTS is ontwikkeld in 1996 met als doel een systeem te ontwikkelen dat klinisch makkelijk te gebruiken is en de uitkomst van een wond kan voorspellen. Op dit laatste punt is de UTS ook gevalideerd.

Na een korte inleiding zullen de deelnemers worden uitgenodigd worden te classificeren aan de hand van foto's.




sorbion

health needs care

Van wondbedpreparatie tot wondsluiting in 2 stappen:^{2,3,4,5}

Stap 1

sorbion sachet S

eenvoudige wondbedpreparatie



Stap 2

sorbion sana

ongestoorde wondgenezing



NU BEWEZEN:

Sorbion per dag de goedkoopste!

referenties:

1. health economics of absorbent dressing in the treatment of highly exuding ulcus. m. panca, k. cutting, j. guest, jwc, 2013, 22 (3) s3-s11.
2. influence of sorbion dressing on non-healing pressure ulcers: a multicenter case series in the netherlands and the united kingdom. j. neyens, a. rondas, m. van leen, k. cutting, j. schols, 2012.
3. influence of sorbion sana dressing on non-healing leg ulcers: a multicenter case study in the netherlands and the united kingdom. j. neyens, a. rondas, m. van leen, k. cutting, j. schols, 2012.
4. managing wound exudate using a superabsorbent polymer dressing – a 53 patient clinical evaluation. k. cutting, uk poster at ewma 2009.
5. biofilms and the role of debridement in chronic wounds; meeting report wounds uk 2009, harrogate; wounds uk, 2010, vol 6, no 1h.

testen? vraag uw gratis sample-test-pakket aan via www.bap-medical.com

BAPMEDICAL
wound care from diagnosis to aftercare

Brandwonden 27 november

14.00 – 14.20	Casus bespreking: Van (H) Huisarts naar (B) Brandwondencentrum	A. van Es, brandwondenverpleegkundige, brandwondencentrum Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
---------------	--	--

De huisarts heeft een belangrijke positie in de zorg voor patiënten met brandwonden, omdat de meeste ongevallen met brandwonden in en rond het huis plaatsvinden én de Rijksoverheid de eerstelijnszorg een grotere rol geeft. Het merendeel van de brandwonden wordt behandeld in de huisartsenpraktijk, daarnaast kan de huisarts een rol spelen in voorlichting, preventie, bij de eerste hulp en bij de beslissing welke patiënt moet worden verwezen naar de tweede lijn. Bij de behandeling van de brandwonden in de huisartsenpraktijk zijn wondbehandeling en pijnstilling enkele belangrijke aspecten. Wondmateriaalkeuze biedt een bijdrage aan de wondgenezing. De huisarts kan hierbij ondersteund worden door de expertise van de brandwondencentra. Zoeken naar een balans tussen behandeling in de huisartsenpraktijk, samenwerking met het brandwondencentrum en doorverwijzen is hierbij van groot belang. Dit heeft gevolgen voor de ernst en het beloop van brandwonden. Als een patiënt opgenomen is geweest met brandwonden wordt die huisarts eveneens geconfronteerd met problematiek na ontslag. Kennisoverdracht, contact, protocollering en onderwijs kunnen worden ingezet om de huisarts te ondersteunen in zijn behandeling van brandwonden in de huisartsenpraktijk.

14.40 – 15.00	Casusbespreking: Brandwondenzorg van opname tot ontslag	J. de Jong, brandwonden IC- verpleegkundige, Martini Ziekenhuis, Groningen
---------------	---	--

De verpleegkundige aspecten van de brandwondenzorg strekken zich uit van opname tot ontslag. Voor een gespecialiseerd verpleegkundige op een brandwondencentrum zijn dit dagelijkse handelingen. Dit maakt de brandwondenzorg tot een kernkwaliteit. Deze kennis en kunde is op een centrum volop aanwezig. Maar niet alle patiënten met brandwonden krijgen de wondzorg in een gespecialiseerd centrum. Want hoe is dit wanneer je als niet-gespecialiseerd verpleegkundige deze zorg moet bieden? Waar begin je, waar let je op, wat is belangrijk, wat doe je wel en wat vooral niet en is er een volgorde in die handelingen? Veel vragen dus. Aan de hand van foto's en casuïstiek wordt inzichtelijk hoe je deze wond zorg kunt geven, als kapstok voor je eigen praktijksituatie.

15.50 – 16.10	De verbinding tussen praktijk en industrie	R.S. van Komen, teamleider brandwonden-centrum, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
---------------	--	--

Er komt heel wat kijken bij de behandeling van patiënten met wonden en daarbij zijn bepaalde aspecten van waarde en andere wellicht juist niet. Wat zijn de uitdagingen voor nu en in de toekomst met betrekking tot wondzorg? Wat maakt het werk makkelijker en wat juist niet? Dit gaf aanleiding om verder te kijken of dit bijvoorbeeld tot uiting komt in de relatie tussen de wondverpleegkundige en de vertegenwoordigers van de industrie. Komen de waarden en de behoeften van de wondverpleegkundigen overeen met de waarden en diensten van de vertegenwoordiger of zijn deze tegenstrijdig? Is het interessant om daar meer over te weten?

Door middel van een semigestructureerde vragenlijst zijn interviews afgenomen onder vertegenwoordigers van twee groepen namelijk; wondverpleegkundigen en vertegenwoordigers van de industrie. Tijdens deze presentatie worden de uitkomsten en aanbeveling van deze pilot aan jullie gepresenteerd. Als pilot is een gestructureerde vragenlijst opgesteld. De uitkomsten van de interviews worden gebruikt voor de hierboven genoemde parallelsessie van het WCS Congres. De uitkomsten en de daarop volgende discussie tijdens de parallelsessie kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan een eerste aanzet tot aanbevelingen aan de industrie om de producten en diensten beter af te stemmen op de behoeften van de wondverpleegkundigen in de zorg aan mensen met wonden.

16.30 – 16.50	Inzet van nieuwe technieken van wondsluiting na brandwonden	Dr. M. van Baar, epidemioloog, Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland (VSBN)
---------------	---	--

Reconstructieve chirurgie na brandwonden: een 10 jaars follow-up studie in Nederland

Hop MJ^{1,2}, Langenberg LC³, Hiddingh J⁴, Stekelenburg CM^{2,3}, van der Wal MBA^{2,3}, van Koppen MLJ¹, Polinder S⁵, van Zuijlen PPM^{2,3,6,7}, van Baar ME^{1,5}, Middelkoop E^{2,3,7}.

Introductie

Littekens na brandwonden kunnen ernstige esthetische en functionele problemen veroorzaken, die reconstructieve chirurgie noodzakelijk maken Er is nauwelijks informatieve over het voorkomen en de indicatie voor reconstructieve chirurgie na brandwonden. Het doel van deze studie is inzicht verkrijgen

het voorkomen van reconstructieve chirurgie na brandwonden

voorspellers voor reconstructieve chirurgie

de indicaties en technieken

de medische kosten van reconstructieve chirurgie na brandwonden.

Methoden

Er is een retrospectieve cohort studie verricht in de drie Nederlandse brandwondencentra. Alle patiënten met een opname voor acute brandwonden in de periode januari 1998 - december 2001 zijn geïnccludeerd De follow-up duur was 10 jaar Gegevens over kenmerken van de patiënt, het brandwondletsel en de details over de reconstructieve chirurgie (indicatie, techniek en lokalisatie) zijn verzameld uit de (elektronische) medische dossiers.

Resultaten

Bij 13.0% (N=229/1768) van de opgenomen patiënten is reconstructieve chirurgie toegepast in de follow-up periode. Voorspellers voor het ondergaan van een reconstructie zijn brandwonden aan de armen, vuur/vlam verbrandingen, operatieve behandeling in de acute fase en uitgebreide brandwonden. De meerderheid had meer dan een reconstructie, meestal in de eerste twee jaar na de brandwonden. Vaak secundair geopereerde locaties waren de handen en het hoofd-halsgebied. De belangrijkste indicatie voor reconstructie was contractie van het litteken; een release met random flappen / huidtransplantatie waren de meest toegepaste technieken. De gemiddelde kosten per patiënt met reconstructie(s) waren \$9273.

Conclusie

De brandwondenzorg is de laatste tientallen jaren sterk verbeterd, maar toch is reconstructie chirurgie nog noodzakelijk bij 13.0% van alle patiënten. Verdere verbetering van de brandwondenzorg is gewenst om de noodzaak voor reconstructieve chirurgie na brandwonden te verkleinen.

1. Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
2. MOVE onderzoeksinstituut, VUmc, Amsterdam
3. Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk,
4. Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland, Martini Ziekenhuis, Groningen
5. Afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam
6. Afd. Plastische, Reconstructieve en Hand Chirurgie, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
7. Afd. Plastische, Reconstructieve en Hand Chirurgie, VU MC, Amsterdam

16.10 – 16.30 Kinder mishandeling en brandwonden

Drs. F.R.H. Tempelman, brandwondenarts,
brandwondencentrum, Rode Kruis Ziekenhuis,
Beverwijk

Kindermishandeling wordt gedefinieerd als het opzettelijk fysiek of psychisch beschadigen van een kind door een persoon die verantwoordelijk is voor de zorg over het kind onafhankelijk van het motief van het geweld (1). Sommige auteurs zien verwaarlozing en onwetendheid ook als een vorm van kindermishandeling (2). Bij tien tot twaalf procent van de mishandelde kinderen, zijn opzettelijk verbrandingen aangebracht. In Amerikaans en Engels literatuur wordt een grote spreiding beschreven van voorkomen van mishandeling bij brandwondpatiënten. Namelijk dat bij een tot vijfendertig procent van de patiënten, de brandwonden zijn opgelopen door mishandeling. Jongens zijn vaker slachtoffer dan meisje, vooral tussen de twee en vier jaar oud. Etniciteit speelt geen rol. Wel komt mishandeling vaker voor in eenoudergezinnen waarbij de ouder zelf ook slachtoffer is geweest van mishandeling. Maguire et al (3) heeft een instrument ontwikkeld, dat het herkennen van mishandeling vergemakkelijkt. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen drie groepen kenmerken, namelijk kenmerken met hoge verdenking op kindermishandeling, lage verdenking op kindermishandeling en geen verdenking op kindermishandeling. Er wordt gelet op het ongevalmechanisme, het agens, het patroon van de verbranding, de verdeling over het lichaam, klinische bijzonderheden en voorgeschiedenis en sociale omstandigheden. Men kan bijvoorbeeld denken aan onderdompeling, kraanwater, begrenzing van de brandwonden en het al of overeenkomen van het letsel met de te verwachten verwonding uitgaande van de anamnese. Bij het behandelen van kinderen moet altijd kindermishandeling worden uitgesloten. Het instrument dat ontwikkeld is om brandwonden bij kinderen op deze manier te beoordelen, is een stap in de goede richting, maar valideren ervan vergt nog nader onderzoek.

1. Ojo P. The American Surgeon, 2007
2. Hobs CJ. British Medical Journal, 1989
3. Maguire S. Burns, 2008

Marlen Fisteladapterset

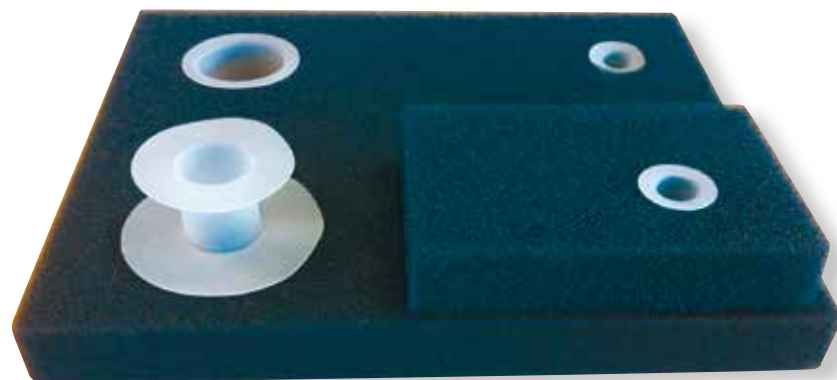
Een nieuw concept voor de verzorging van entero-atmosferische fistels bij open abdomen in combinatie met vacuümtherapie.

Effectieve voordelen:

- Verbeterde wondgenezing
- Minder belastend voor patiënt
- Kortere verzorgingstijd
- Minder ligdagen

Praktische voordelen:

- Aan te sluiten op elke vacuümpomp
- Eenvoudig in toepassing
- Duidelijke instructievideo



Voor meer informatie of bestellingen kunt u contact opnemen met de Klantenservice van Marlen Europe.

Oncologische wond 27 november

14.00 – 15.00	Behandelmogelijkheden in de palliatieve fase: consultatief team	Dr. Y. van der Linden, radiotherapeut-oncoloog, hoofd Palliatief team Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
	Wondzorg door het consultatief team	T. Klos, verpleegkundige, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

In het LUMC is een palliatief advies team dat zich richt op de ondersteuning van hulpverleners bij een goede uitvoering van palliatieve zorg. Daarnaast begeleidt het team patiënten die zich in de palliatieve fase bevinden en hun naasten. Palliatieve zorg richt zich op het verbeteren of behouden van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Deze zorg is bedoeld voor patiënten die weten dat er een grote kans is dat zij niet meer genezen of dat ze door de ziekte zullen overlijden. Om problemen die kunnen optreden, vroegtijdig te signaleren of te behandelen en om patiënten en naasten daarbij zo goed mogelijk te ondersteunen, is een deskundige aanpak noodzakelijk. In de duo-voordracht zal worden ingegaan op de specialistische kennis die een specifiek palliatief team brengt in het ziekenhuis, met de nadruk op het tot stand brengen van optimale transmurale ketenzorg. Tips en tricks, do's en dont's met betrekking tot wondzorg in de palliatieve fase zullen worden gegeven aan de hand van enkele casuïstieken.

15.30 – 15.35	Wondzorg verbindt maizena ook?	WCS Commissie Oncologische Wonden en Ulcera
15.35 – 16.05	1 ^e ronde met geurprobleem	
16.05 – 16.30	2 ^e ronde met bloedingsprobleem	
16.30 – 16.55	3 ^e ronde met fixatieprobleem	
16.55 – 17.00	uitloop	

Workshop 'ken je materialen', do's en dont's in de oncologische wondzorg. Oncologische ulcera gaan gepaard met grote problemen. Patiënten worden geconfronteerd met verschijnselen als onaangename geur, bloedingsneiging, vochtafscheiding en fixatieproblemen. Welke materialen en producten zijn geschikt voor de oncologische wondzorg? De oncologische patiënt is vaak het doelwit van alternatieve geneeskunde. In deze workshop wordt een top drie do's en dont's vastgesteld voor de problemen geur, bloeding en fixatie. Een interactieve afsluiting van een verbindend wondcongres.

Op zoek naar meer informatie over wondzorg? Kijk op onze website:

WWW.WCS.NL

Daar kun je o.a. deze informatie vinden:

- wond Wiki, waarin veel artikelen over wonden,
- casuïstieken,
- richtlijnen,
- protocollen,
- data en prijzen van onze cursussen,
- agenda met data congressen en symposia.

Ook is het mogelijk om via de website het WCS Wondenboek te bestellen; een compleet naslagwerk over alle wondsoorten en de bijhorende behandeling.

Kom eens langs en deel de praktijkervaringen van en met collega's!

WCS Congresactie

Let op: alleen geldig tijdens het WCS Congres 26 en 27 november 2013

Alle kennis over wonden voorzien van foto's en productinformatie in één handzaam boek!

Alle basiskennis over wonden en wondzorg kun je in dit naslagwerk terugvinden. Nu in combinatie met een jaarabonnement WCS Nieuws: vier nummers actualiteiten en nieuwste inzichten op het gebied van wondzorg.

Normaal 90 euro en nu samen voor maar 50 euro!

Ga langs bij de WCS Congresstand (schuin links tegenover de ingang vanuit het Beatrixtheater) en maak gebruik van deze mooie aanbieding.

ArjoHuntleigh vermindert de druk op uw instelling



Wat kunt u van ArjoHuntleigh verwachten?

- Klinische Audits
- Opzetten, begeleiden en/of borgen van uw decubitusbeleid
- Preventieve AD-matrassen middels koop, huur of lease
- Lange termijn huur en consignatie
- Ontzorgen op het gebied van beheer, reiniging & desinfectie en logistiek
- Service door eigen technische dienst

Wat levert u dit op?

- Een helder decubitusbeleid
- Daling decubitusprevalentie
- Daling van de zorgkosten voor genezing van decubitus
- Daling materiaalkosten

ArjoHuntleigh draagt bij aan verbetering van kwaliteit en efficiency van de zorg

...with people in mind

www.ArjoHuntleigh.com/nl

WCS Academy

De WCS organiseert het hele jaar door diverse cursussen op het gebied van wondbehandeling. De cursus Algemene Wondbehandeling is de basis voor verantwoorde wondzorg in de praktijk; de cursus Algemene Wond Plus is een direct vervolg daarop. Ook organiseert de WCS een aantal cursussen op het gebied van specifieke wonden. Het doel van deze cursussen is het overbrengen van vakinhoudelijke kennis en het aanleren van vaardigheden op het gebied van wondbehandeling.



De cursussen zijn gericht op een brede doelgroep, namelijk:

- verpleegkundigen,
- verzorgenden,
- paramedici (fysiotherapeut, huidtherapeut, podotherapeut, ergotherapeut, gipsverbandmeester, etc.),
- praktijkondersteuners,
- medewerkers industrie.

We leveren hiermee een bijdrage aan deskundigheidsbevordering op het gebied van wondzorg.

Data en kosten van het cursusaanbod staan vermeld op www.wcs.nl.

Cursus Algemene Wondbehandeling

Inhoud van de cursus, o.a.

- WCS Classificatiemodel,
- aanleren van kennis en vaardigheden van preventieve maatregelen,
- verschillende wondbehandelingen/wondgenezing,
- verbandtechnieken en de daarbij behorende methoden en producten,
- productinformatie,
- alle aspecten m.b.t. algemene wond, decubitus, ulcus cruris, diabetische voet, brandwonden, stoma, oncologische wond en chirurgische wond.

Cursusduur

Drie dagen van 9.30 - 16.30 uur

Accreditatiepunten: 18, BIG registratienummer invoeren verplicht.

Cursus Algemene Wondbehandeling PLUS

Dit is een vervolgcursus op de cursus Algemene Wondbehandeling, bestemd voor aandachtsvelders in de wondzorg. Deze cursus sluit qua kennisniveau aan tussen de cursus Algemene Wondbehandeling van de WCS en de Opleiding tot Wondconsulent van het Erasmus MC.

We willen hiermee in de toenemende vraag voorzien jou als aandachtsvelder op niveau te scholen.

Inhoud van de cursus

- biologie en pathologie van de wondgenezing,
- doorlopen van de fasen van wondgenezing,
- afnemen van een wondanamnese,
- diagnose en behandeling van de complexe wond,
- psychosociale aspecten van de patiënt met een wond,
- wond spoelen, debridement en infectie,
- wondbehandeling van gecompliceerde wonden,
- handreiking voor een presentatie,
- positie van de wondverpleegkundige binnen de organisatie,
- lezen en interpreteren van onderzoek.

Cursusduur

Drie dagen van 9.30 - 16.30 uur

Accreditatiepunten: 18, BIG registratienummer invoeren verplicht.

Cursus psychosociale begeleiding en wondbehandeling 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

Accreditatiepunten: 10, BIG registratienummer invoeren verplicht.

Cursus decubitus aandachtsvelders

Je kan aan het eind van deze cursus problemen signaleren, observeren en rapporteren met betrekking tot decubitus. Je bent een vraagbaak voor je collega's en kan het beleid voor

een verpleegafdeling, eventueel in samenwerking met de decubitus-verpleegkundige en/of decubituscommissie van de instelling, implementeren.

Inhoud van de cursus

- decubitus in vogelvlucht: ontstaan en risico-indicatoren, preventie, probleemverkenning;
- geven van voorlichting,
- voedingsaspecten bij decubitus,
- workshop wondbehandeling en de behandeling van specifieke decubituswonden/casuïstiek,
- het in gang leren 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.

Accreditatiepunten: 12, BIG registratienummer invoeren verplicht.

Incompany training

Incompany training is mogelijk op aanvraag. Wij geven dan op jouw locatie een training op maat. Informatie hierover kun je opvragen via www.wcs.nl.

Heb je vragen over wondbehandeling en wondgenezing, dan kun je contact opnemen met onderstaande personen van de WCS.

NEDERLAND

Naam	Telefoon / E-mail	Aandachtsgebied
René Baljon	Rene@wcs.nl	Algemene informatie/ congres
Dick van Duijn	Info@wcs.nl	Secretariaat/ bestellingen
Conny Keijzer	Conny@wcs.nl	Penningmeester
Patricia van Mierlo	Patricia@wcs.nl	Chirurgische Wond/ Stoma
Joke Campo	Joke@wcs.nl	Oncologische Wond/ WCS Academy
Karin Timm	Karin@wcs.nl	Ulcus Cruris
	Redactie@wcs.nl	WCS Nieuws
Peter Quataert	Peter@wcs.nl	Decubitus
Veronique Oostendorp	Veronique@wcs.nl	Diabetische Voet
Rob van Komen	Rob@wcs.nl	Brandwonden
Alette de Jong	Alette@wcs.nl	Wondenboek/ WCS Media
Rob Komen/ René Baljon	Rob@wcs.nl/ Rene@wcs.nl	Internet

BELGIË

Postbus 607, B-2800 Mechelen 6

Naam	Telefoon / E-mail	Aandachtsgebied
Hilde Heyman	voorzitter@wcs-belgie.be diabetischevoet@wcs-belgie.be +3247677789 +3232894087	Voorzitter en Diabetische voet
Ludo Geenen	chirurgischewonden@wcs-belgie.be +3215201269	Ondervoorzitter en Chirurgische wonden
Roald Nelissen	info@wcs-belgie.be +3289793193	Penningmeester en Algemene Info
Eddy Swinnen	secretaris@wcs-belgie.be stoma@wcs-belgie.be +3215314907	Secretaris en Stomazorg
Anne Cuyvers	drukletsels@wcs-belgie.be +32474951145 +3211723645	Drukletsels

BiologiQ™



Veilige oplossingen voor Wondheling en Infectiebestrijding



Totaalconcept in Actief Wond Management

Het Wond Managementsysteem van BiologiQ bestaat uit innovatieve bio-actieve oplossingen, gericht op het stimuleren van het eigen regeneratief vermogen van het lichaam en gebaseerd op een toenemend inzicht in de biologie van de (complexe) wond. BiologiQ biedt daarmee een welkome aanvulling op de traditionele methoden van infectiebestrijding en wondbehandeling.

BiologiQ™

HIGH QUALITY SOLUTIONS IN BIOLOGICAL TREATMENT

State of the Art
Wound Healing

BiologiQ. Omdat de wonden de wereld nog niet uit zijn.

GOEDE LOGISTIEK • INNOVATIEVE CONCEPTEN • HIGH QUALITY ALS STANDAARD

www.BiologiQ.nl

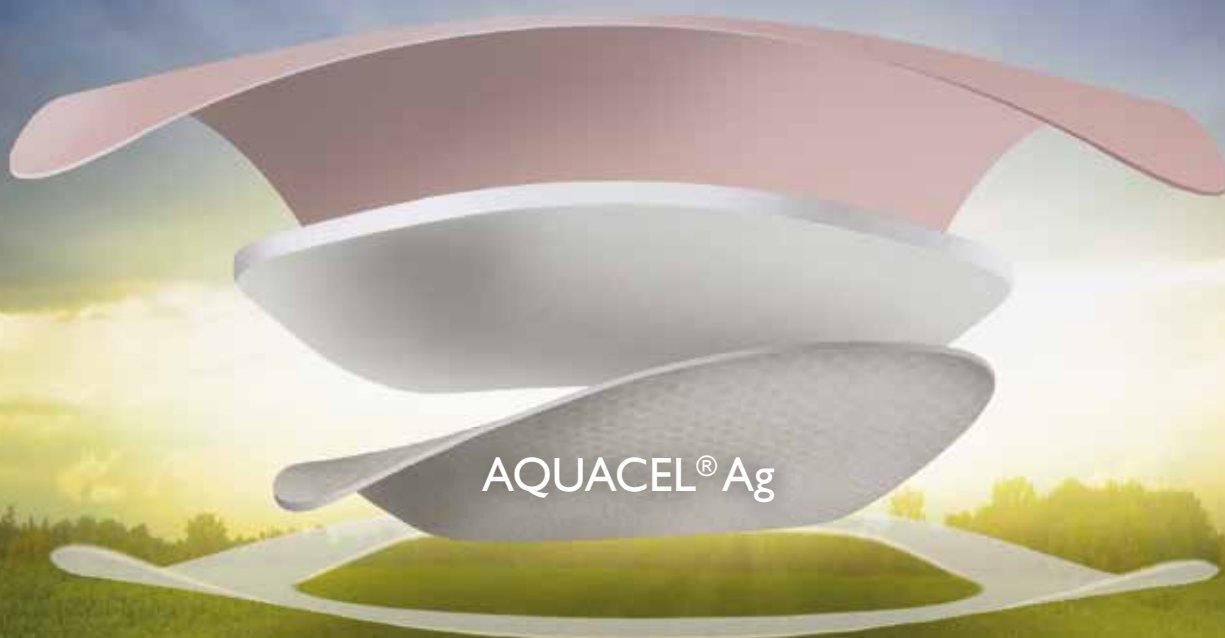


Gebruik AQUACEL® Ag Foam bij ondiepe, vochtige, geïnfecteerde wonden of wonden waarbij kans op infectie bestaat.

NIEUW

AQUACEL® Ag
Foam

HET innovatieve zilver-schuimverband dat meer biedt.



• Comfort • Gemak • Effectief •

Ontdek meer over AQUACEL® Ag Foam,
www.convatec.nl of bel **0800-0224460** (gratis).

AQUACEL® Extra™ AQUACEL® Ag Extra™ AQUACEL® Foam

AQUACEL® Burn AQUACEL® Ag Burn AQUACEL® Surgical AQUACEL® Ag Surgical



AQUACEL® Dressings
TRIED. TRUE. TRUSTED.™

