

## PROTOCOL WONDZORG

### IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

#### TAAKAFBAKENING WONDZORG

We maken onderscheid tussen acute wonden en complexe (chronische) wonden. Een complexe wond is een wond met een verstoorde genezingstendens ten gevolge van pathofysiologische factoren. (Dat is een wond die niet via de ongecompliceerde genezingsfasen binnen ongeveer 3 weken geneest).

De wondzorg bij acute wonden kan de huisarts overdragen aan doktersassistente of praktijkverpleegkundige wanneer zij bekwaam zijn.

De regie van de complexe wondzorg ligt bij de arts, verpleegkundig specialist of gespecialiseerd wondverpleegkundige in de eerste lijn. De coördinator van wondbeleid stelt een behandelplan op. Dit kan onder verantwoordelijkheid van coördinator worden uitgevoerd door een doktersassistente of praktijkverpleegkundige. De verantwoordelijke arts, verpleegkundig specialist of wondverpleegkundige beschrijft in het HIS een diagnose, wondkenmerken, beloop en behandelplan. De arts vraagt materialen aan voor een chronische wond met code B4 op recept voor vergoeding van verzekeraar.

Algemeen bij wondbehandeling is belangrijk zo nodig pijn te behandelen volgens de WHO pijnladder.

*Februari 2023*

*Rini Sunder, verpleegkundig specialist*

*Esther van der Wel, wondconsulent Careyn*

Reacties op dit protocol kunt u richten aan het secretariaat van ZEL via [secretariaat@zel.nl](mailto:secretariaat@zel.nl)

<b>Titel/onderwerp:</b>	<b>Protocol Wondverzorging</b>		
<b>Beheerder:</b>	ZEL	<b>Vastgesteld:</b>	14 mrt 2023
<b>Bestemd voor:</b>	Medewerkeres in de huisartsenpraktijk		

*Dit protocol kan als basis dienen als onderdeel van uw kwaliteits-managementsysteem. Belangrijk is om voor uw eigen praktijk te bepalen welke specifieke aanvullingen en/of aanpassingen nodig en/of gewenst zijn.*

<b>TAAKAFBAKENING WONDZORG.....</b>	<b>0</b>
<b>1. ACUTE WONDEN (SKINTEARS/SCHEURWONDEN) .....</b>	<b>2</b>
1.1 BENODIGDHEDEN.....	2
1.2 WERKWIJZE.....	2
1.3 WOND CATEGORIEËN.....	2
1.4 BEHANDELING.....	3
<b>2. ACUTE WONDEN (SNIJWOND/SCHAAFWOND) .....</b>	<b>4</b>
2.1 BENODIGDHEDEN.....	4
2.2 WERKWIJZE.....	4
2.3 BEHANDELING SNIJWOND .....	4
2.4 BEHANDELING SCHAAFWOND.....	4
<b>3. BIJTWONDEN .....</b>	<b>5</b>
3.2 WERKWIJZE.....	5
3.3 BEHANDELING.....	5
<b>4. BRANDWONDEN .....</b>	<b>6</b>
4.1 BENODIGDHEDEN.....	6
4.2 WERKWIJZE.....	6
4.3 BEOORDELING DOOR HUISARTS .....	6
4.4 BEHANDELING.....	7
<b>5 COMPLEXE WOND BEHANDELING .....</b>	<b>8</b>
5.1 STAP 1: WONDANAMNESE AFNEMEN VOLGENS ALTIS EN/OFF TIME.....	8
5.2 STAP 2: STROOMDIAGRAM WOND BEHANDELING.....	9
<b>6. COMPLEXE WOND: DECUBITUS.....</b>	<b>10</b>
6.1 PREVENTIEVE MAATREGELEN .....	10
6.2 BEHANDELING.....	10
6.3 CONSULTATIE OF VERWIJZING BIJ DECUBITUS .....	11
<b>7. COMPLEXE WOND: DIABETISCHE VOET .....</b>	<b>12</b>
7.1 BEHANDELING.....	12
7.2 CONSULTATIE OF VERWIJZING .....	12
<b>8. COMPLEXE WOND: ULCUS CRURIS .....</b>	<b>13</b>
8.1 WERKWIJZE.....	13
8.2 INSPECTIE.....	13
8.3 REINIGING.....	13
8.4 BEHANDELING .....	13
8.5 NAZORG .....	14
8.6 CONSULTATIE OF VERWIJZING .....	14
<b>9. SMETTEN (INTERTRIGO).....</b>	<b>15</b>
9.1 WERKWIJZE.....	15
9.2 BEHANDELING.....	16

## 1. ACUTE WONDEN (SKINTEARS/SCHEURWONDEN)

### 1.1 BENODIGDHEDEN

- Handschoenen
- Niet steriele gazen
- Onderlegger(s)
- Verbandschaar
- Steriele pincet + schaar
- Verbandmiddelen: siliconen wondcontactlaag, absorberend verband en fixatiemateriaal

### 1.2 WERKWIJZE

- Handen wassen
- Handschoenen aandoen
- Wond beoordelen, evt bloeden stelpen
- Bij patiënt informatie inwinnen betreft ontstaan wond
- In agenda zetten bij huisarts
- Tafeltje met benodigdheden klaarzetten
- Wond schoonmaken en zo nodig uitspoelen
- Wondbehandeling toepassen op advies arts
- Wond verbinden
- Zo nodig tetanus
- Eventueel afspraak meegeven voor controle wondbed
- Instructie geven aan patiënt betreft wondverzorging thuis

### 1.3 WOND CATEGORIEËN

**Categorie 1:** De huidflapranden kunnen tegen de wondranden aangelegd worden zonder te trekken, zodat het wondbed weer volledig bedekt is.

**Categorie 2:** de huidflapranden kunnen niet tegen de wondranden aangelegd worden, het wondbed is niet volledig bedekt.

**Categorie 3:** Huidflap is volledig afwezig, wondbed is zichtbaar.

## 1.4 BEHANDELING

### Behandeling categorie 1 en 2:

- Sluit traumatische wonden bij voorkeur binnen 12 uur, mits een zorgvuldig wondtoilet is verricht en er geen verwijsindicatie bestaat. De strikte termijn van 6 uur is losgelaten, aangezien de duur van de wond niet lijkt samen te hangen met een verhoogd infectierisico. (NHG-behandelrichtlijn juni 2017)
- Spoelen met zacht stromend water of NaCl 0,9%. Droogdeppen rond de wond.
- Wondranden tegen elkaar aanleggen met twee pincetten of een gaasje de huidflap voorzichtig over het wondbed leggen.
- Siliconen wondcontactlaag ruim over de skin tear aanbrengen en 5-7 dagen laten zitten. Als secundair verband absorberend verband met elastische zwachtel vastzetten.

### Behandeling categorie 3:

Behandelen als een acuut ulcus. Verbandkeuze is afhankelijk van de mate van exsudaat en wondaspect. Zie hiervoor het TIME-model voor complexe wondbehandeling (hoofdstuk 5).

Belangrijk:

- Niet hechten of steri-strips gebruiken, huid is hier te kwetsbaar voor.
- Geen vaseline of paraffine wondcontactlaag gebruiken. De vaseline of paraffine wordt namelijk opgenomen door de huid en het gaas groeit in het wondbed vast.
- Indien het verband niet doorgelekt is, zeven dagen laten zitten.
- Indien er veel productie van exsudaat is alleen het secundaire verband verschonen. Controle dagelijks in de eerste 48 uur.
- Bij tekenen van infectie: warmte, roodheid, zwelling, pijn terug naar de arts of wondverpleegkundige en een antibacterieel product inzetten.
- Geef niet routinematig systemisch of topicale antibiotica aan patiënten met eenvoudige (wondcategorie 1 of 2), acute traumatische wonden en instrueer patiënten om bij tekenen van infectie laagdrempelig contact op te nemen met de zorgverlener.

## 2. ACUTE WONDEN (SNIJWOND/SCHAAFWOND)

### 2.1 BENODIGDHEDEN

- Handschoenen
- Niet steriele gazen
- Onderlegger(s)
- Hibicet of Betadine
- Bekken/verbandschaar
- Steriele pincet + schaar en steriele hechtset
- Verbandmiddelen (divers)
- Hechtmateriaal/steri-strips/histoacryl afhankelijk van wond

### 2.2 WERKWIJZE

- Patiënt afhankelijk van wond plaatsen in stoel of op behandelbank
- Handen wassen en handschoenen aan
- Wond beoordelen, evt bloeden stelpen
- Bij patiënt informatie inwinnen betreft ontstaan wond
- In agenda zetten bij huisarts
- Tafeltje met benodigdheden klaarzetten
- Wond schoonmaken en zo nodig uitspoelen
- Assisteren bij hechten/plakken of wondbehandeling toepassen op advies arts
- Wond verbinden
- Zo nodig tetanus
- Eventueel afspraak meegeven voor controle of hechtingen verwijderen
- Instructie geven aan patiënt betreft wondverzorging thuis

### 2.3 BEHANDELING SNIJWOND

- Wond goed door laten bloeden
- Wondbedekking: zalfgaas + absorberend verband + windsel
- Wisselfrequentie 1-2 dagen
- Bij wijkende wondranden steri-strips aanbrengen of hechten (binnen 12 uur!)

### 2.4 BEHANDELING SCHAAFWOND

- Reinigen met lauwwarm kraanwater
- Wondbedekking: zalfgaas + absorberend verband + windsel
- Wisselfrequentie 1-2 dagen
- Let op koorts en infectie

## 3. BIJTWONDEN

### 3.2 WERKWIJZE

#### Anamnese

- Door wie bent u gebeten (mens of dier)?
- Wanneer is het gebeurd?
- Hoe is het beloop?
- Kunt u de arm, hand etc. nog goed gebruiken?
- Bent u verder goed gezond?
- Bent u allergisch voor jodium?
- Bent u allergisch voor antibiotica, zo ja welke?
- Tetanus immunisatie?

#### Lichamelijk onderzoek

- Inspectie wond: lokatie, uitgebreidheid, diepte, doorbloeding wondranden
- Functie actief en passief
- Sensibiliteit (gevoel)

#### Valkuilen

- Beet door giftig dier zoals slang, spin, hagedis of vleermuis
- Uitbreider letsel dan vermoed
- Lymfangitis/lymfadenitis

### 3.3 BEHANDELING

- Reinigen met lauwwarm kraanwater
- Verwijder debris. Geen ontsmettingsmiddelen tenzij risico op rabïes à alcohol 70%
- Wondbedekking: Zalfgaas + absorberend verband + windsel à geen jodium of honinggazen
- Wisselfrequentie: 1-2 dagen
- Niet sluiten van bijtwonden tenzij inschatting laag infectierisico of cosmetische redenen
- Tetanusprofylaxe volgens protocol
- Krab-wond: reinigen, geen tetanusprofylaxe of antibiotica

#### Wanneer overleggen huisarts:

- Bij kwetsbare patient, belaste voorgeschiedenis bv lymfoedeem, DM etc.
- Uitgebreid huidletsel met rafelige randen: eventueel wondtoilet door huisarts
- Bijtwond gelaat
- Bijtwond hand/vingers/voet/gewrichten: altijd antibiotica i.v.m. kans peesschede /gewrichtsontsteking
- Bijtwond door kat: altijd antibiotica
- Bijtwond door mens: altijd antibiotica + HIV/hepatitis B/C risico (prikaccidentenprotocol)
- Verminderde weerstand: antibiotica
- Bijtwonden ouder dan 8 uur
- Prikbijtwonden
- Aanwijzingen op lymfangitis

## 4. BRANDWONDEN

### 4.1 BENODIGDHEDEN

- Ruimte om te kunnen koelen
- Handschoenen
- Verbandschaar
- Steriele pincet + schaar
- Verbandmiddelen (divers)/vaseline(gazen)

### 4.2 WERKWIJZE

- Patiënt binnenhalen en zo nodig gelijk koelen met lauw stromend water of koele natte doeken
- Patiënt laten plaatsnemen op stoel of behandelbank
- Nooit kleding of andere plakkende materialen verwijderen
- Informatie inwinnen betreft ontstaan brandwond
- In agenda zetten bij arts
- Tafeltje met benodigdheden klaarzetten
- Zo nodig los vel van blaren wegknippen door arts
- Insmeren met vaseline
- Verbinden met zalfgaasverband of Urgotul AG
- Eventueel afspraak meegeven voor controle
- Instructie geven aan patiënt betreft wondverzorging thuis

### 4.3 BEOORDELING DOOR HUISARTS

- Enkele dagen oude brandwond met geelgroen vocht uit de brandwond of als een brandwond na enkele dagen weer roder en pijnlijker wordt
- Brandwonden bij kinderen (baby/kleuter) en ouderen (verminderde weerstand)
- Verbrandingen als een gevolg van elektriciteit en chemische stoffen
- Brandwonden gecombineerd met inhalatie van damp/rook à patiënt rechtop laten zitten
- Circulaire brandwonden aan hals, thorax en ledematen
- Brandwonden op kwetsbare plaatsen waar littekenvorming tot vervelende consequenties kan leiden (gelaat, handen, genitalia, gewrichten)

#### 4.4 BEHANDELING

- Voor alle brandwonden geldt ten minste 10 maar bij voorkeur 15 minuten koelen
- Opvang middels ABCDE-methode
- Chemische verbranding: direct 45 minuten spoelen met lauwwarm water.
- Tetanusprofylaxe bij 2e en 3e-graads brandwonden volgens protocol.
- Brandwonden met oppervlak > of gelijk aan 5 % bij volwassene of > of gelijk bij kind direct naar Brandwondencentrum of 1<sup>e</sup> Hulp afdeling
- Afspraak meegeven voor controle
- Instructie geven aan patiënt betreft wondverzorging thuis

Graad		Behandeling
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleen epidermis</li> <li>• Zeer pijnlijk, droog en roodheid</li> <li>• Genezing binnen 5-7 dagen zonder litteken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koelen minimaal 10 min.- max 20 min. Onder lauw water</li> <li>• Huid insmeren met hydraterende creme</li> </ul>
<b>2A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papillaire laag van de dermis</li> <li>• Zeer pijnlijk, rood en blaarvorming</li> <li>• Elasticiteit blijft behouden</li> <li>• Genezing binnen 14 dagen, weinig litteken</li> </ul>	<p>Zowel voor 2A als 2B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koelen (minimaal 10 minuten – maximaal 20 minuten onder lauw water)</li> <li>• Gesloten blaar: Zalfgaas + steriel gaas + windsel dagelijks wisselen</li> </ul> <p>Open blaar: Urgotul AG + steriel gaas + windsel dagelijkse wisselen Een diepe tweedegraads brandwond heeft vaak een langere genezingsduur dan een oppervlakkige tweedegraads brandwond. Bij beoordeling na 24 tot 48 uur kan in verband met gebruiksvriendelijkheid voor een schuimverband worden gekozen. Dit verband hoeft minder vaak te worden verwisseld en is minder pijnlijk door het vochtig wondmilieu.</p>
<b>2B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reticulaire laag van de dermis</li> <li>• Wit-rode verkleuring, gedaalde pijnsensatie</li> <li>• Elasticiteit blijft behouden</li> <li>• Genezing meer dan drie weken</li> </ul>	
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tot in de subcutis, volledige necrose van epidermis en dermis.</li> <li>• Wit-bruine-zwarte verkleuring, afwezigheid van pijn, elasticiteit verdwenen</li> <li>• Genezing via huidtransplantatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koelen (minimaal 10 minuten – maximaal 20 minuten onder lauw water)</li> <li>• Direct naar Brandwondencentrum/1e hulp</li> </ul>



## 5 COMPLEXE WONDBEHANDELING

### 5.1 STAP 1: WONDANAMNESE AFNEMEN VOLGENS ALTIS EN/OF TIME

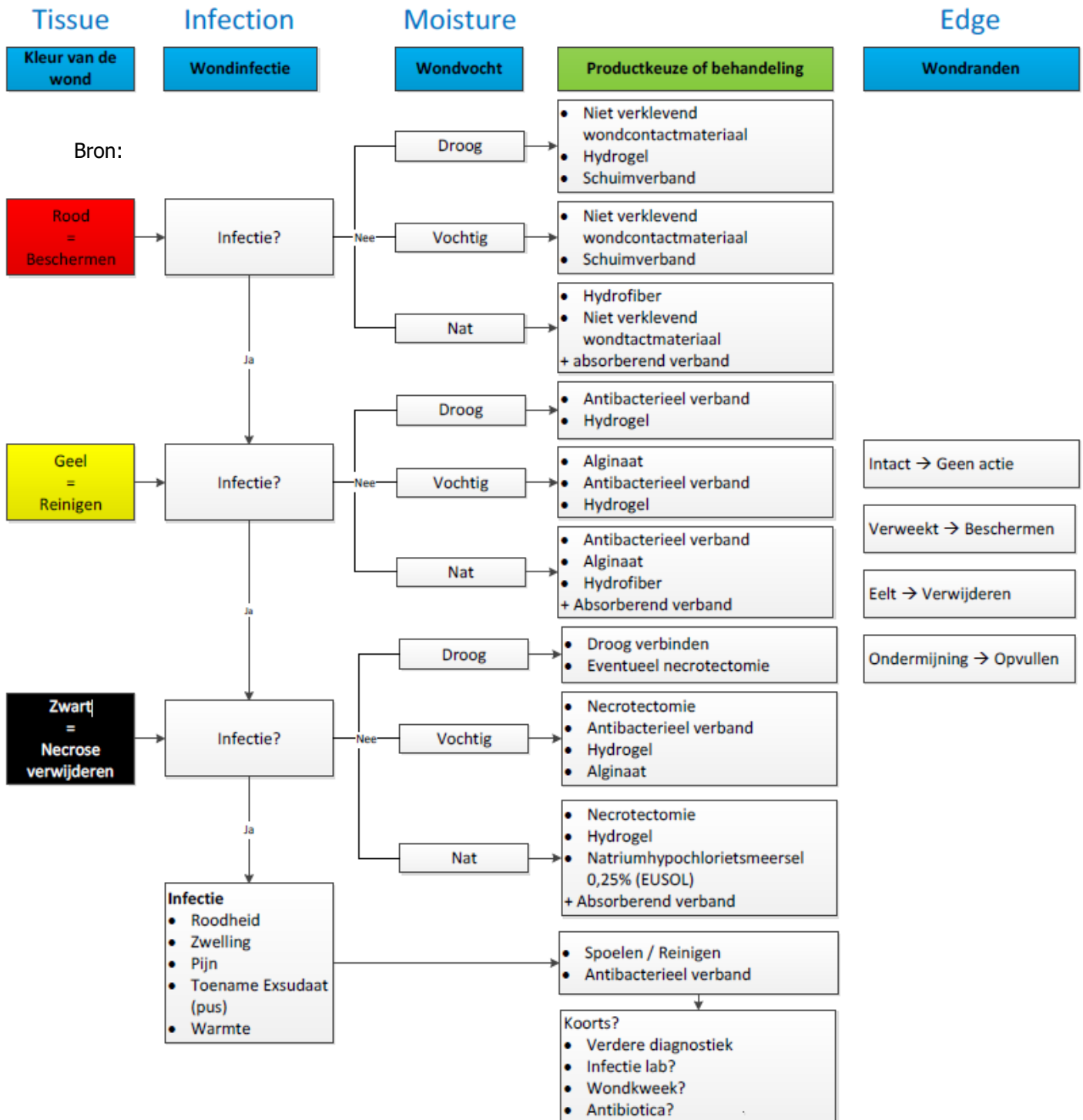
Beschrijf de wond in een wondrapportage. Dit wondbeoordelingsinstrument is een hulpmiddel om de wond te beoordelen en tevens een hulpmiddel om inzicht te krijgen in vooruit- of achteruitgang van wondgenezing.

#### Wondrapportage:

<b>Aard:</b>	Oorzaak:  Soort wond:
<b>Locatie:</b>	Waar zit de wond
<b>Tijd:</b>	Datum ontstaan wond
<b>Intensiteit:</b>	Lengte.....cm, breedte.....cm, diepte.....cm  Tissue: ..... % Rood ..... %Geel ..... %Zwart  Infection: Ja / Nee  Moisture: droog / vochtig / nat  Edge: intact / verweekt / eelt / ondermijning  Pijn: ja/nee zo ja, wanneer en intensiteit
<b>Samenhang:</b>	Oedeem:  Voorgeschiedenis:  Medicatie/ Roken/voedingstoestand:

## 5.2 STAP 2: STROOMDIAGRAM WONDBEHANDELING

Onderstaand stroomdiagram uit “Werkwijze Wondzorg Regionaal Wondnetwerk Rotterdam” (te vinden op [www.rwnr.nl](http://www.rwnr.nl)) is een wondbeoordelingsinstrument van het classificatie-model “Wound Consultant Society” aan de hand van onder andere de kleur, infectie en vochtigheid. Hierdoor kan een keuze in interventies en wondmateriaal gemaakt worden. Bij elke fase past een andere behandeling en een andere wondbedekker. Dit stroomdiagram is bij elke wond te gebruiken, behalve bij een brandwond.



## 6. COMPLEXE WOND: DECUBITUS

### 6.1 PREVENTIEVE MAATREGELEN

De oorzaak van druk of schuifkracht (locatie wond) benoemen en deze proberen weg te nemen. Geef advies over drukontlasting bij decubitus (hielen vrij leggen, wisselhouding).

### 6.2 BEHANDELING

Categorie		Behandeling
1	Niet wegdrukbaar roodheid bij intacte huid	Toepassen preventieve maatregelen
2	Verlies van een gedeelte van de huidlaag of een blaas	Een niet-verklevend verband zoals foamverband.
3	Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)	Bij nattende wonden komen absorberende materialen, zoals alginaten, hydrofiber en schuimverbanden in aanmerking, die contact met wondbodem maken.
4	Verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar) of nog niet te classificeren letsel of diepe weefselschade (Vaak ondermijning/ondertunneling huid)	Zie categorie 3. Bij aanwezigheid van necrotisch weefsel (de factor T van het TIME-model) is debridement aangewezen. Scherp debridement met mes of schaar en heeft bij infectie de voorkeur.

Let bij personen met een donkere huid bij het classificeren van decubitus 'categorie 1' en 'vermoedelijke diepe weefselbeschadiging' specifiek op de huidtemperatuur, gevoeligheid, veranderingen in weefselconsistentie en pijnverschillen tussen aangedane en niet-aangedane huid.

### 6.3 CONSULTATIE OF VERWIJZING BIJ DECUBITUS

- Bij de besluitvorming over verwijzing wordt rekening gehouden met de wens van de patiënt en de levensverwachting.
- Consulteer een diëtist bij twijfel over adequate intake van voeding of bij problemen met de voedselinname.
- Overweeg consultatie van een ergotherapeut, verpleegkundig specialist wondzorg of wondverpleegkundige om te adviseren over de houding van de patiënt en keuze en gebruik van hulp- en verbandmiddelen ter preventie van decubitus.
- Overweeg consultatie van een specialist ouderengeneeskunde bij stagnerende genezing.
- Overweeg verwijzing naar een wondexpertisecentrum, dermatoloog of chirurg bij categorie III en IV decubitus die niet sluit of verbetert door conservatieve behandeling. Desgewenst kan ook via tele-dermatologie advies over de behandeling bij de dermatoloog worden ingewonnen.
- Verwijs naar een chirurg bij uitgebreide necrose, vermoeden van osteomyelitis of sepsis en indien operatieve sluiting van de decubituswond mogelijk geïndiceerd is.

## 7. COMPLEXE WOND: DIABETISCHE VOET

### 7.1 BEHANDELING

- Controleer altijd de diepte van de wond
- Reinig ulcera met water of fysiologisch zoutoplossing, verwijder zoveel als mogelijk debris van het wondoppervlak
- Stem de keuze van wondbedekkers af op de vochtproductie, het comfort en de kosten
- Creëer een vochtig wondmilieu
- Check de schoenen op drukpunten
- Geen voetenbaden (De huid wordt hierdoor week en juist extra kwetsbaar voor wondjes en infecties!)

### 7.2 CONSULTATIE OF VERWIJZING

- Patiënten met diabetische voet met een oppervlakkig voetulcus à dienen binnen 2 weken te worden verwezen
- Denk aan laagdrempelig overleg met foto via Siilo (wondverpleegkundige) of telefonisch met het WondExpertiseCentrum of teledermatologie
- Bij een patiënt met een plantair voetulcus zonder tekenen van infectie: verwijs naar een polikliniek met een multidisciplinair voetenteam voor beoordeling binnen zeven dagen
- Bij een patiënt met een ulcus met andere kenmerken (diep ulcus of tekenen infectie, al dan niet in combinatie met perifere arterieel vaatlijden): verwijs naar een polikliniek met een multidisciplinair voetenteam voor beoordeling binnen 24 uur

## 8. COMPLEXE WOND: ULCUS CRURIS

### 8.1 WERKWIJZE

- Leg uit dat de behandeling van een veneus ulcus vaak lang duurt
- Beleid van de wondbehandeling wordt primair opgesteld vanuit de algemene behandelingsprincipes (kleur wond, mate van wondvocht): zorg voor een vochtig wondmilieu, bestrijd overtollig exsudaat of een ernstige infectie en verwijder necrose
- Compressie wel/niet, bepalen o.b.v. EAI/ teendruk (dm) volgens NHG protocol door arts, verpleegkundig specialist of physician assistant of wondverpleegkundige zijn)
- Het adequaat aanleggen van een compressieverband is essentieel voor een goede behandeling
- Compressie niet stoppen als oedeem verdwenen is
- Nabehandelen met Therapeutisch Elastische Kous

### 8.2 INSPECTIE

Wond beoordelen op lokatie, uitgebreidheid, diepte en doorbloeding wondranden

### 8.3 REINIGING

De wond spoelen met lauw stromend water (kraan eerst minimaal 30 sec laten doorlopen). Indien de patiënt niet in staat is om bij de kraan te komen of indien de wond zich op een plek bevindt waarbij spoelen onder de kraan onmogelijk is, volstaat het ook om een paar natte gazen enkele minuten op de wond te laten liggen.

### 8.4 BEHANDELING

#### **Droog ulcus:**

Flaminal/hydro gel met spatel aanbrengen op de wond, ca 0,5 cm dik. De wond afdekken met vetgaas, absorberend verband en vastzetten met elastisch windsel en papieren pleister. De wond 2 x per week verschonen.

#### **Nat ulcus:**

Indien de wond veel exsudaat geeft: de behandeling starten/voortzetten met Aquacel Extra dressings. Aquacel Extra droog aanbrengen op de wond, afdekken met absorberend verband en vastzetten met elastomul en leukopor.

Controle van de wond en het verwisselen van de verbanden is afhankelijk van de hoeveelheid exsudaat. Vermindert de hoeveelheid exsudaat dan vermindert de frequentie van de wondbehandeling. Verbanden nooit langer dan 3-4 dagen laten zitten.

- Bij verslechtering en of tekenen van ontsteking van de wond of indien de patiënt koorts heeft direct de arts raadplegen.
- Indien er binnen 3 weken geen positieve verandering optreedt: wondverpleegkundige, arts of verpleegkundig specialist raadplegen. Er kan overwogen worden om over te gaan op een andere behandeling.
- Denk aan de juiste compressietherapie bij oedeem, mits de vaatstatus toereikend is. (meet een Enkel Arm Index)
- Daar een Ulcus cruris een langdurige kwestie kan zijn, is het raadzaam de thuiszorg in te schakelen om thuis de wond te laten verplegen.

## 8.5 NAZORG

- De gebruikte wondmiddelen bijbestellen per recept en in de praktijk laten bezorgen. Geleverde materialen bijvullen.
- Code B4 (chronische wond) vermelden bij verbandmiddelen op recept. Formulier vergoeding verbandmiddelen invullen en faxen naar de desbetreffende apotheek: indien nodig.
- Beschrijf de wondrapportage in HIS/dossier.

## 8.6 CONSULTATIE OF VERWIJZING

Verwijzing naar de tweede lijn (dermatoloog of vaatchirurg, afhankelijk van de regionale situatie) is geïndiceerd bij:

- Het ontbreken van een genezingstendens van het ulcus na twee maanden adequate wondbehandeling en ambulante compressietherapie.
- Twijfel aan de veneuze origine van het ulcus. In geval van verdenking arterieel ulcus verwijzing naar vaatchirurg. Meet een Enkel Arm Index.

Bij verschillende thuiszorgorganisaties zijn wondverpleegkundigen/-consulenten en verpleegkundig specialisten werkzaam waar al eerder naar verwezen kan worden.

## 9. SMETTEN (INTERTRIGO)

### 9.1 WERKWIJZE

Adviseer preventieve maatregelen bij iedereen die lichamelijke verzorging krijgt en waarbij sprake is van een risico conditie.

#### **Risico condities:**

- Obesitas
- Verminderde mobiliteit
- Ouderen
- Vrouwen
- Vochtige huid ten gevolge van incontinentie of transpireren
- Verhoogde lichaamstemperatuur
- Diabetes
- Verminderde weerstand
- Eerdere smetten
- Beperkingen in ADL
- Tekortschietende persoonlijke hygiëne

#### **Preventieve maatregelen:**

- Voorkom huid- op-huid contact
- Voorkom overmatig transpireren
- Houd de huid(plooien) droog
- Pas dagelijkse huidzorg toe



## 9.2 BEHANDELING

Stel op basis van onderstaande symptomen vast of er sprake is van smetten, in welke fase deze zich bevindt en behandel met de interventies beschreven bij de desbetreffende fase. Smetten zonder infectie is taakgebied van doktersassistente of verpleegkundige. Consulteer bij onvoldoende vooruitgang een wondverpleegkundige of specialist.

Smetten met:	Behandeling
<b>Intact huid:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Licht rode tot felrode, glanzende huid</li><li>• Jeuk (niet altijd)</li><li>• Schrijnen, branderig gevoel (niet altijd)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eén of meer preventieve maatregelen, minimaal 2 x daags</li><li>• Bij een felrode, glanzende huid Zinkoxidesmeersel FNS (dun!) of een barrière product (altijd eerst de resten van de vorige behandeling verwijderen met zoete olie), minimaal 2 x daags</li></ul>
<b>Nattende huid:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Felrode huid</li><li>• Nattende, kapotte huid</li><li>• Verweking van de huid</li><li>• Erosies</li><li>• Scherpe, rode wondlijn (fissuur) zichtbaar op breuklijn tussen beide huidplooiën</li><li>• Jeuk (niet altijd)</li><li>• Schrijnend, brandend gevoel (niet altijd)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eén of meer preventieve maatregelen, minimaal 3 x daags</li><li>• Zinkoxidesmeersel FNS (dun!)</li><li>• Bij witte schilfering gebruik eerst een antischimmelpreparaat en vervolgens zinkoxidesmeersel</li><li>• Gebruik geen barrière product (hecht niet)</li><li>• Raadpleeg bij twijfel de arts of wondverpleegkundige</li></ul>
<b>Geïnfekteerde huid:</b> <p>Symptomen van smetten met een nattende huid en één of meer van de volgende symptomen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pustels</li><li>• Natten</li><li>• Geel/groen exsudaat</li><li>• Randschilfering</li><li>• Pus</li><li>• Korstvorming</li><li>• Eilandjes voor de kust (bij Candida infectie)</li><li>• Onaangename geur</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulteer een deskundige</li><li>• Preventieve maatregelen, minimaal 3 dagen combinatie (preparaat) van Zinkoxidesmeersel FNA en antischimmelpreparaat (dun!). Eerst antischimmel aanbrengen, dan Zinkoxidesmeersel</li><li>• Gebruik Miconazol niet samen met een oraal antistollingsmiddel</li><li>• Gebruik alleen barrière product ter bescherming</li></ul>

Bronvermelding:

- [www.RWNR.nl](http://www.RWNR.nl)
- [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg\\_bij\\_acute\\_traumatische\\_en\\_chirurgische\\_wonden/wondzorg\\_-\\_korte\\_beschrijving.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg_bij_acute_traumatische_en_chirurgische_wonden/wondzorg_-_korte_beschrijving.html)
- [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg\\_voor\\_patienten\\_met\\_brandwonden/behandeling\\_van\\_brandwonden/wondbehandeling\\_bij\\_brandwonden.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg_voor_patienten_met_brandwonden/behandeling_van_brandwonden/wondbehandeling_bij_brandwonden.html)
- <https://www.venvn.nl/media/adjx1ja/20210224-richtlijn-decubitus.pdf>
- [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische\\_voet/startpagina\\_diabetische\\_voet.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/startpagina_diabetische_voet.html)
- <https://www.venvn.nl/media/xggh5aud/richtlijn-smetten-september-2018.pdf>