

SEPTEMBER 2026 NR 3 JG 6

Nieuwsbrief

Wondzorg.net



Voorwoord

Beste collega's,

De herfst staat voor de deur en brengt traditioneel een periode van nieuwe initiatieven, ontmoetingen en professionele groei met zich mee. Binnen Wondzorg.net kijken we met veel enthousiasme vooruit naar een boeiend werkjaar waarin opleiding, kennisdeling en netwerken opnieuw centraal zullen staan.

Een belangrijke ontwikkeling voor het wondzorglandschap is de opstart van het Postgraduaat Verpleegkundige Gespecialiseerd in de Wondzorg aan de hogescholen ODISEE en VIVES. Met deze opleiding wordt verder geïnvesteerd in de ontwikkeling van gespecialiseerde expertise binnen ons vakgebied. De toenemende complexiteit van wondzorg vraagt immers om zorgprofessionals die beschikken over diepgaande kennis, klinisch inzicht en evidence-based vaardigheden. Deze opleidingen leveren een bijdrage aan de verdere professionalisering van de wondzorg in Vlaanderen.

Ook op het vlak van vorming en ontmoeting staan er opnieuw tal van interessante activiteiten op het programma. Op 29 oktober 2026 verwelkomen we jullie graag op ons congres in het Militair Hospitaal, waar actuele thema's en praktijkgerichte inzichten centraal zullen staan. Vervolgens trekken we op 4 februari 2027 naar Hasselt voor een nieuwe editie van ons congres, waarna we elkaar opnieuw ontmoeten tijdens onze traditionele congresdagen in Blankenberge op 25 en 26 februari 2027. Deze bijeenkomsten bieden een rijke bron aan actuele kennis en vormen ook een unieke gelegenheid om ervaringen uit te wisselen met collega's uit het hele land.

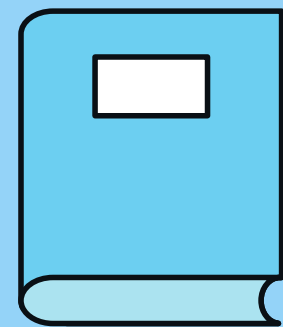
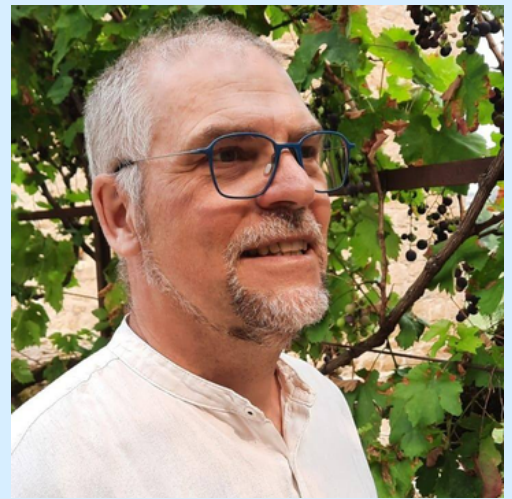
Daarnaast willen we graag de aandacht vestigen op de terugkomdag voor referentieverpleegkundigen op 14 mei 2027. Deze dag biedt een waardevol platform om ervaringen te delen, nieuwe ontwikkelingen te bespreken en de samenwerking tussen wondzorgprofessionals verder te versterken.

Onze vereniging blijft groeien dankzij de inzet van vele vrijwilligers, werkgroepen en geëngageerde leden die hun kennis en ervaring met anderen willen delen. Hun enthousiasme vormt de motor van Wondzorg.net en maakt het mogelijk om voortdurend te investeren in kwalitatieve vorming en een sterk professioneel netwerk.

Namens het bestuur wens ik jullie veel leesplezier met deze nieuwsbrief. We hopen jullie de komende maanden op één van onze activiteiten te mogen verwelkomen en kijken alvast uit naar de vele inspirerende ontmoetingen die ons te wachten staan.

Met vriendelijke groeten,

Luc Gryson
Voorzitter
Wondzorg.net



Inhoud:

Voorwoord

- Discharge education and patients' self-management of surgical wounds: a multinational comparative survey
- Save the date
- Werkgroep Opleidingen
- Tips en tricks
- Casus
- Agenda
- Vrijwilliger bij wondzorg.net

Discharge education and patients' self-management of surgical wounds: a multinational comparative survey

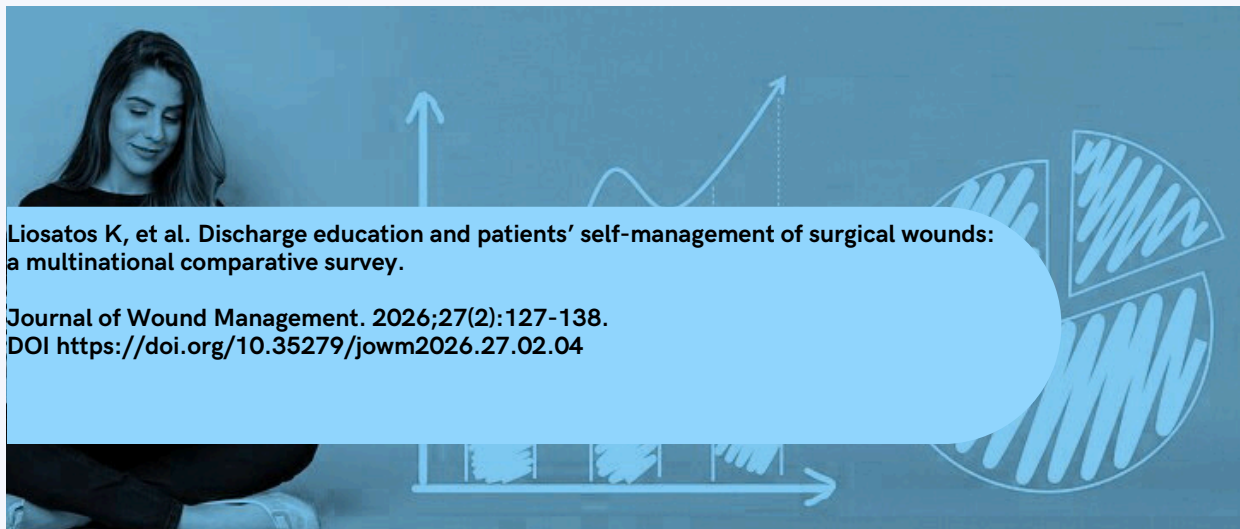
KERNBOODSCHAPPEN

- Australische patiënten rapporteerden een hoger vertrouwen in het zelfmanagement van chirurgische wonden na ontslag dan Nederlandse en Zweedse patiënten.
- Duidelijke instructies over het verwijderen van wondsluitingsmaterialen waren sterk gekoppeld aan het wondmanagement van patiënten na ontslag, maar ontbraken vaak in de ontslageducatie.
- Patiënten die een wond gerelateerde heropname nodig hadden, stonden voor grotere uitdagingen bij zelfmanagement, wat erop wijst dat gestandaardiseerde ontslageducatie onvoldoende is voor complexere wonden.

INLEIDING

Ondanks vooruitgang in chirurgische technieken, perioperatieve zorg en de omgeving van de operatiekamer, blijven chirurgische wondinfecties (SSI's) een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit als gevolg van vertraagde of gecompliceerde wondgenezing. Een systematische review en meta-analyse van 499.594 patiënten toonde aan dat 11% van de algemene chirurgische patiënten binnen 30 dagen na de operatie een SSI ontwikkelt. Tot 6% van de patiënten wordt heropgenomen vanwege SSI's, en één enkel geval van SSI kan tot \$30.000 kosten, afhankelijk van de ernst. Als gevolg hiervan zijn chirurgische wondcomplicaties, waaronder SSI's, verantwoordelijk voor bijna 4% van de gezondheidszorgkosten, en dat aandeel stijgt.

Aangezien veel SSI's optreden nadat patiënten uit het ziekenhuis zijn ontslagen, suggereren experts dat patiëntparticipatie bij chirurgische wondzorg een sleutelrol kan spelen bij het verminderen van SSI's. Patiënten die getroffen zijn door SSI's hebben nadrukkelijk aangegeven dat ze meer betrokken willen worden bij hun zorg, maar ze gaven ook aan dat ze een gebrek aan inzicht hebben in 'normale' wondgenezing en waarschuwingssignalen. Dit maakt het voor patiënten moeilijk om deel te nemen aan zelfmanagementpraktijken voor wondzorg.



Liosatos K, et al. Discharge education and patients' self-management of surgical wounds: a multinational comparative survey.

Journal of Wound Management. 2026;27(2):127-138.
DOI <https://doi.org/10.35279/jowm2026.27.02.04>

Bewijs suggereert dat ontslageducatie het vermogen van patiënten om thuis zelfzorg toe te passen kan vergroten. Gillespie et al. ontdekten echter dat slechts 27% van de patiënten postoperatieve wondeducatie ontving op chirurgische verpleegafdelingen. Bovendien bleek uit een recente meta-analyse van perioperatieve zorgzenders (zorgbundels) die worden gebruikt om SSI's te voorkomen, dat patiënteneducatie slechts in vijf van de 18 onderzoeken was opgenomen. Dit wijst allemaal op een gebrek aan prioriteitstelling van ontslageducatie voor patiënten.

Over het geheel genomen is er een gat in de ontslageducatie voor chirurgische wondzorg dat patiëntgerichte zorg (PCC) ondermijnt. Internationaal heeft PCC de afgelopen tien jaar aanzienlijke aandacht gekregen, waarbij landen als Australië, Nederland en Zweden PCC actief prioriteit geven. Het verstrekken van ontslaginformatie die aansluit bij de voorkeuren van de patiënt is een praktische manier om PCC te operationaliseren, terwijl het er ook voor zorgt dat patiënten hun wondzorginstructies begrijpen, wat leidt tot veiligere overgangen van ziekenhuis naar huis. De bevindingen van een review van 36 onderzoeken suggereren dat chirurgische patiënten duidelijke, tijdige en multimodale ontslaginformatie willen, zoals geschreven en mondelinge vormen over zelfzorg en complicatiebeheer, om zich voldoende voorbereid te voelen op het herstel na ziekenhuisontslag. Hoewel algemene ontslageducatie goed gedocumenteerd is, blijft er een gebrek aan inzicht in de specifieke ervaringen en voorkeuren van chirurgische patiënten ten aanzien van wondzorgeducatie bij ontslag. Daarom wilden we de ervaringen en voorkeuren van patiënten met betrekking tot ontslageducatie voor chirurgische wondzorg in drie landen beschrijven en factoren onderzoeken die samenhangen met hun vermogen om hun chirurgische wond na ziekenhuisontslag te verzorgen. Het onderzoek richt zich op de volgende vragen

1. Wat zijn de ervaringen van chirurgische patiënten met wondzorg-ontslageducatie, inclusief hun kansen om te participeren in beslissingen over wondzorg?
2. Wat zijn de voorkeuren van chirurgische patiënten voor de levering van wondzorg-ontslageducatie?
3. In welke mate zijn chirurgische patiënten in staat om hun wonden thuis te verzorgen na ontslag?
4. Welke factoren voorspellen het vermogen van patiënten om hun chirurgische wondzorg thuis zelf te beheren?

Dit onderzoek werd uitgevoerd in Australië, Nederland en Zweden. Deze landen bieden uiteenlopende gezondheidszorgsystemen, ontslagpraktijken en modellen voor postoperatieve zorg, wat een waardevol vergelijkingskader oplevert. Een multinationale aanpak maakt de identificatie mogelijk van zowel gedeelde als contextspecifieke factoren die het zelfmanagement van wonden beïnvloeden, waaronder patiënteneducatie, toegang tot vervolgzorg en culturele opvattingen over verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Door de ervaringen van patiënten in deze verschillende omgevingen te onderzoeken, vergroot het onderzoek de generaliseerbaarheid van de bevindingen en draagt het bij aan de ontwikkeling van internationaal relevante strategieën om wondgerelateerde complicaties te verminderen. Deze aanpak ondersteunt ook het ontwerp van interventies op maat die de realiteit van verschillende gezondheidssystemen en patiëntenpopulaties weerspiegelen.

METHODEN

Onderzoeksopzet

Een multinationaal dwarsdoorsnede-onderzoek (cross-sectional study), gerapporteerd volgens de Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS).

Ontwikkeling van de enquête

De 18-item SWAPP-Q werd gebruikt om de ervaringen en voorkeuren van deelnemers ten aanzien van informatie over chirurgische wondzorg bij ontslag te onderzoeken, volgens de volgende thema's:

Ervaringen:

1. Ontslageducatie over wondzorg (10 items)
2. Participatie in beslissingen over wondzorg (3 items)
3. Het vermogen van patiënten om hun chirurgische wond te beheren om wondcomplicaties te voorkomen (1 item)

Voorkeuren:

4. Voorkeuren voor het verstrekken van ontslageducatie (4 items)

De vragenlijst is ontwikkeld op basis van een literatuuronderzoek. Na het testen van de indrukvaliditeit (face validity) en inhoudsvaliditeit met een internationale groep van gezondheidsconsumenten, klinici en onderzoekers, is de vragenlijst piloot-getest bij zeven Australische gezondheidsconsumenten om er zeker van te zijn dat de vragenlijst acceptabel was om telefonisch af te nemen. De oorspronkelijke vragenlijst is in het Engels ontwikkeld en vervolgens via heen-en-terugvertaling in het Nederlands en Zweeds vertaald. In Zweden vertaalden twee Engelssprekende Zweedse moedertaalsprekers de vragenlijst, terwijl in Nederland één Engelssprekende Nederlandse moedertaalspreker hetzelfde deed. In beide landen werd de vertaling terugvertaald door een medische professional met het Engels als moedertaal die vloeiend Zweeds of Nederlands sprak.

Setting en populatie

Onderzoeklocaties omvatten twee Europese universitair medische centra (Nederland en Zweden) en twee grote tertiaire ziekenhuizen in Australië. Dit onderzoek werd uitgevoerd op verschillende chirurgische verpleegafdelingen binnen de ziekenhuizen.

Patiënten kwamen in aanmerking voor deelname als ze volwassen waren (18+), toestemming gaven, elke vorm van geplande of spoedeisende chirurgie ondergingen en beschikbaar waren voor een interview via de telefoon (\$14 \pm 3\$ dagen post-operatie/ontslag) of per post. Deze tijdlijn sluit aan bij bewijs dat 75% van de postoperatieve complicaties optreedt binnen 14 dagen na ontslag naar huis. Patiënten die palliatieve/eindelevenszorg ontvingen of met cognitieve stoornissen werden uitgesloten. De beoogde steekproef omvatte 900 patiënten (300 patiënten per land).

Werving en gegevensverzameling

Getrainde onderzoekers in elk land werven deelnemers van chirurgische afdelingen in hun ziekenhuizen. Als deelnemers mondelinge en schriftelijke geïnformeerde toestemming (informed consent) gaven, werden hun demografische gegevens, telefoonnummer en/of e-mailadres verzameld. De enquête werd telefonisch afgenomen in Australië en Nederland, en per post in Zweden.

Discussie

Gegevens werden beheerd met behulp van landspecifieke websystemen: Australië gebruikte REDCap-software; Nederland gebruikte Castor, en Zweden gebruikte KI Survey (Sunet Survey). Alle systemen voldeden aan de relevante wettelijke en ethische normen en maakten gebruik van beveiligde databases met beperkte toegang. Deelnemers werden geanonimiseerd met behulp van gecodeerde onderzoeks-ID's voordat de gegevens werden gedeeld met de Australische locatie voor analyse.

Gegevensanalyse

Gegevens werden geëxporteerd naar SPSS (Versie 30) voor opschoning en analyse. Antwoorden die waren gemarkeerd als "ontbrekend", "niet gerapporteerd" of "niet geantwoord" werden gelabeld als ontbrekende gegevens. Antwoorden met "Niet van toepassing" werden gedefinieerd als een indicatie dat de vraag niet relevant was voor de postoperatieve zorg van de deelnemer en werden als een afzonderlijke categorie behandeld voor beschrijvende analyse. Deze antwoorden werden later gegroepeerd met ontbrekende gegevens voor consistentie in vergelijkende analyses.

Likert-schaalantwoorden werden gebinariseerd (helemaal mee eens/mee eens = Ja | neutraal/mee oneens/helemaal mee oneens = Nee) om de interpreteerbaarheid te verbeteren en multicollineariteit te verminderen. Beschrijvende statistiek werd gebruikt om absolute (n) en relatieve (%) frequenties van categorische variabelen en de gemiddelden en standaarddeviaties (SD) van normaal verdeelde continue variabelen te berekenen. Enquête-items met meerdere antwoordopties, voornamelijk gerelateerd aan de voorkeuren van patiënten, werden beschrijvend geanalyseerd als percentages van "ja"- versus "nee"-antwoorden voor elke vraag.

Univariate analyses werden uitgevoerd met behulp van Chi-kwadraattests voor categorische variabelen en t-tests voor continue variabelen (zoals leeftijd). Voor variabelen met meerdere categorieën (zoals Land) werden post-hoc Chi-kwadraattests met Bonferroni-correctie toegepast om te controleren voor meervoudige vergelijkingen.

Een binair logistisch regressiemodel werd gebruikt om voorspellers van het vermogen van patiënten om hun chirurgische wonden thuis te verzorgen te identificeren. Er werd een modelbouwbenadering gebruikt en onafhankelijke variabelen werden geselecteerd op basis van significantie in univariate analyses ($p < 0,05$) en theoretische relevantie.

Onafhankelijke variabelen omvatten: land (met Australië als referentiegroep), leeftijd van de deelnemer, heropname in het ziekenhuis, wondsluiting via weefselijm, wond niet gesloten, en informatieverstrekking (hoe de wond moet worden schoongemaakt, tekenen van infectie, wanneer en hoe wondsluitingsmethoden worden verwijderd, en het gebruik van fysieke materialen zoals brochures). Onafhankelijke variabelen werden gebinariseerd op basis van het oordeel van de onderzoekers: Nee = 0 en Ja = 1.

De afhankelijke uitkomstmaat was het vermogen van patiënten om hun chirurgische wonden thuis te verzorgen. Deze uitkomst bevindt zich oorspronkelijk op een 5-punts Likert-schaal variërend van 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens. Net als bij de oorspronkelijke enquête was deze uitkomst ook niet-normaal verdeeld; om de consistentie te behouden, werd deze variabele ook gedichotomiseerd, net als alle andere Likert-schaalantwoorden in deze enquête. Multicollineariteit werd beoordeeld met behulp van Variance Inflation Factor (VIF) en tolerantiewaarden, waarbij geen problemen werden vastgesteld.

Om confounding te beoordelen, werden binaire logistische regressiemodellen gebruikt om Australië versus Nederland en Zweden versus Nederland te vergelijken. Veranderingen in de odds ratio's (OR's) van het land werden onderzocht voor en na correctie voor potentiële confounders. Statistische significantie werd vastgesteld op $p < 0,05$.

Ethiek

De ethische toetsingscommissie van elk ziekenhuis en de betrokken Australische universiteit hebben het voorgestelde onderzoek beoordeeld en ethische goedkeuring verleend (Australisch ziekenhuis: HREC/2020/QGC/64063; Australische universiteit: 2020/880; Zweeds ziekenhuis: Dnr 2022-05580-01). In Nederland werd geconcludeerd dat de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) niet van toepassing was op dit project (referentienummer W21_440 #21.489).

Betrokkenheid van patiënten en publiek

De Guidance for Reporting Involvement of Patients and the Public (GRIPP2) checklist werd gebruikt om de betrokkenheid van consumenten in dit onderzoek te rapporteren. Vanaf de ontwikkeling van de enquête tot en met de totstandkoming van het manuscript is één consument betrokken geweest.

RESULTATEN

Individuele screening-, participatie- en voltooiingspercentages worden getoond in Figuur 1. In totaal werden 520 antwoorden van deelnemers geanalyseerd. Ontbrekende gegevens bedroegen 0,6%; 3,5% inclusief de antwoorden 'Niet van toepassing'.

De gemiddelde leeftijd in de steekproef 56 jaar (SD 19,2) en namen er over het geheel genomen meer vrouwen deel. Tweedse deelnemers waren over het algemeen ouder en hoger opgeleid, waarbij 70,3% een universitaire graad had. In Australië en Zweden ondergingen de meeste deelnemers algemene chirurgie, terwijl bijna de helft van de Nederlandse deelnemers een orthopedische of trauma-operatie onderging. De meeste ingrepen vielen binnen deze twee groepen. In alle landen waren hechtingen de meest gebruikte methode om chirurgische wonden te sluiten.

Ervaringen van patiënten met wondzorg-ontslageducatie, inclusief hun kansen om te participeren in beslissingen over wondzorg

Tabel 2 laat zien dat in alle landen de meeste patiënten ontslageducatie over wondzorg ontvingen over het plannen van een vervolgspraak ($n = 439$; 84,4%) en met wie ze contact moesten opnemen bij vragen over de wond ($n = 443$; 85,2%). Deze instructies werden vaak mondeling gegeven, met gelegenheid tot het stellen van vragen ($n = 386$; 74,2%), en ongeveer de helft van alle deelnemers ontving aanvullend gedrukt materiaal ($n = 234$; 45,0%).

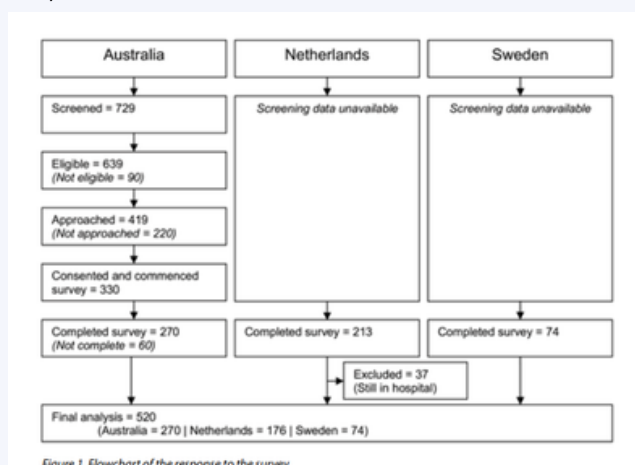


Figure 1. Flowchart of the response to the survey

Table 2. Experiences of wound care discharge education.

	In total	Australia	Netherlands	Sweden	X ²	p value
I was given instructions about... ^a	Yes: n (%)	Yes: n (%)	Yes: n (%)	Yes: n (%)		
...who to contact if I had concerns about my surgical wound or about caring for the wound	443 (85.2)	223 (86.3)	148 (84.1)	62 (83.8)		
...arrangements made for follow-up appointments	439 (84.4)	242 (89.6)	146 (83.0)	51 (68.9)		
...what activities I should avoid during wound healing	386 (74.4)	198 (73.3)	127 (72.2)	61 (83.6)		
...the signs of infection in the wound	323 (62.1)	176 (65.2)	89 (50.6)	58 (78.4)	5.257**	0.022
...how the wound should be cleaned	283 (54.4)	152 (56.3)	82 (46.6)	49 (66.2)	6.092**	0.014
...the wound dressing I would use at home	253 (48.7)	128 (47.4)	80 (45.5)	45 (60.8)		
...when and how stitches (or 'tape'/strips or staples) are removed	242 (46.6)	117 (43.3)	79 (44.9)	46 (63.0)	9.300**	0.002
Before I was discharged from hospital, I had the opportunity to ask questions about how to care for my surgical wound.	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
No	86 (16.5)	46 (17.0)	25 (14.2)	15 (20.3)		
Yes	424 (81.5)	224 (83.0)	141 (80.1)	59 (79.7)		
Not applicable	10 (1.9)	0	10 (5.7)	0		
How did you receive information about caring for your surgical wound?	Yes: n (%)	Yes: n (%)	Yes: n (%)	Yes: n (%)		
Verbal instructions with questions and answers	386 (74.2)	228 (84.4)	104 (59.1)	54 (73.0)		
Printed material such as a brochure, checklist, or information sheet	234 (45.0)	120 (44.4)	68 (38.6)	46 (62.2)	5.278**	0.022
Teaching by using visual materials such as pictures or models	12 (2.3)	8 (3.0)	4 (2.3)	0		
Online reading material	14 (2.7)	1 (0.4)	1 (0.6)	12 (16.2)		
Online audio/visual material	1 (0.2)	1 (0.4)	0	0		
Verbal instructions with no discussion	58 (11.2)	30 (11.1)	23 (13.1)	5 (6.8)		
I did not receive any information	37 (7.1)	6 (2.2)	27 (15.3)	4 (5.4)		
Other	14 (2.7)	0	13 (7.4)	1 (1.4)		

^aMissing responses were minimal (<2.1%) and are not shown here; see Appendix 2, Table A1 for full breakdown.

^bNot applicable responses ranged from 20–25%. All NA responses were excluded from chi-square tests.

p<0.05, *p<0.001

Appendix 2, Tabel A2 presenteert de enquêteresultaten over de ervaringen van patiënten met participatie in beslissingen over wondzorg, waarbij geen enkele variabele statistische significantie bereikte in de daaropvolgende analyses. De meeste Australische en Nederlandse deelnemers gaven aan dat medisch en verpleegkundig personeel behandelopties voor de chirurgische wond hadden besproken; 32 (43,2%) Zweedse deelnemers waren het hier echter niet mee eens.

In alle landen werd door het personeel over het algemeen gerapporteerd dat opties voor pijnbestrijding bij de wond waren besproken (n = 412; 79,4%), maar op de vraag of ze werden uitgenodigd om deel te nemen aan de besluitvorming, antwoordden 244 deelnemers (46,9%) met 'nee'.

Voorkeuren van patiënten voor het verstrekken van wondzorg-ontslageducatie

De volledige enquêteresultaten over de voorkeuren voor ontslageducatie zijn te vinden in Appendix 2, Tabel A3. In alle landen gaven de meeste deelnemers er de voorkeur aan om gedrukt materiaal te ontvangen (n = 315; 60,6%) evenals mondelinge instructies met de mogelijkheid om vragen te stellen (n = 450; 86,5%) van medisch personeel (n = 387; 74,4%) en verpleegkundigen (n = 377; 72,2%). De meeste deelnemers wilden deze informatie bij ontslag ontvangen (n = 416; 80,0%), waarbij vervolgspraken werden gepland als poliklinische bezoeken in hun lokale ziekenhuis (n = 312; 60,0%).

Table 3. Patients' ability to care for wound at home.

	Total	Australia	Netherlands	Sweden	X ²	p value
I was able to take care of my surgical wound at home	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
No	67 (12.9)	26 (9.6)	32 (18.2)	9 (12.2)	15.560***	<0.001
Yes	409 (78.7)	244 (90.4)	101 (57.4) ^a	64 (86.5)		
Missing ^b	1 (0.1)	0	0	1 (1.4)		
Not applicable ^c	43 (8.3)	0	43 (24.4)	0		
Post-hoc comparisons of wound care ability by country ^d						
Australia vs Sweden					0.457	0.499
Sweden vs Netherlands					4.069	0.044
Netherlands vs Australia					15.060***	<0.001

^aExcluding N/A responses, Netherlands 'yes' rate = 75.9%

^b1 did not respond (SWE)

^c43 participants were not applicable as no wound care was needed by discharge.

^dBonferroni-adjusted $\alpha = 0.017$. Only p values below this threshold are considered statistically significant.

***p<0.001

Vermogen van patiënten om hun wonden thuis te verzorgen na ontslag

Tabel 3 toont het zelf-gerapporteerde vermogen van patiënten om thuis voor hun chirurgische wond te zorgen en complicaties te voorkomen. In Australië konden 244 deelnemers (90,4%) thuis voor hun wond zorgen, vergeleken met 101 Nederlandse deelnemers (57,4%) en 64 Zweedse deelnemers (86,5%).

Onder de Nederlandse respondenten gaven 43 (24,4%) "Niet van toepassing" aan. Wanneer deze "N.v.t."-antwoorden in latere inferentiële analyses worden uitgesloten, stijgt het aandeel Nederlandse deelnemers dat een positief vermogen tot wondzorg rapporteert naar 75,9%, wat duidt op een kleinere kloof tussen landen dan de beschrijvende resultaten aanvankelijk suggereerden.

Factoren die het vermogen van patiënten om hun wond thuis zelf te beheren beïnvloeden
Zesendertig kandidaat-variabelen werden getest in de univariate fase; tien variabelen met $p < 0,05$ werden gelijktijdig ingevoerd in het binaire logistische regressiemodel (Tabel 4). Het volledige model met alle 10 voorspellers was statistisch significant ($\chi^2 = 32,80$; [10, N = 520], $p < 0,001$), wat aangeeft dat het model in staat was om onderscheid te maken tussen deelnemers die aangaven wel en niet in staat te zijn hun chirurgische wond thuis te verzorgen. Het model verklaarde tussen 11% (Cox en Snell R-kwadraat) en 21,1% (Nagelkerke R-kwadraat) van de variantie en classificeerde 87,9% van de gevallen correct.

Tabel 4 toont drie onafhankelijke voorspellers van het vermogen van patiënten om de wondzorg thuis te beheren. .

Australiërs hadden 4,3 keer meer kans dan Nederlandse deelnemers om succesvol wondzorgbeheer te rapporteren (OR = 4,25, 95% CI [1,82-9,90], $p < 0,001$). Omgekeerd verminderde wond gerelateerde heropname in het ziekenhuis de kans op zelfmanagement van de wondzorg met 82,7% (OR = 0,17, 95% CI [0,04-0,82], $p = 0,027$), wat aangeeft dat complicaties die een ziekenhuisheropname vereisen sterke negatieve voorspellers zijn van het vermogen tot wondzorg.

Ten slotte hadden deelnemers die instructies ontvingen over het verwijderen van wondsluitingsmaterialen, zoals hechtingen en zwachtels/strips, 3,6 keer meer kans om hun wondzorg thuis te beheren (OR = 3,62, 95% CI [1,45-9,05], $p = 0,006$) dan degenen die deze informatie niet ontvingen.

Hoewel Australië na correctie een sterke voorspeller bleef, verdween de associatie met Zweden na correctie. Dit suggereert dat de univariate associatie van Zweden met het vermogen tot wondzorg waarschijnlijk werd beïnvloed door het feit dat geen enkele Zweedse deelnemer open wonden had, een factor die verband houdt met een lagere wondzorgvaardigheid. dientengevolge kan deze afwezigheid van open wonden hebben geleid tot een overschatting van de Zweedse wondzorgprestaties.

DISCUSSIE

In dit multinationale dwarsdoorsnede-onderzoek hebben we de ervaringen en voorkeuren van patiënten ten aanzien van ontslageducatie voor wondzorg beschreven en de factoren onderzocht die samenhangen met het vermogen van patiënten om in drie landen voor chirurgische wonden thuis te zorgen. We ontdekten dat de meeste deelnemers mondelinge ontslaginstructies ontvingen met betrekking tot vervolgafspraken en wondzorg.

Table 4. Binary logistic regression analysis for predictors of patients' ability to manage their surgical wound at home.

Predictor	Coefficient β	SE	Odds Ratio	95% CI	Wald χ^2	p value
Country: Australia (ref: Netherlands)	1.446	0.432	4.248	1.82-9.9	11.221	<0.001
Country: Sweden (ref: Netherlands)	1.039	0.822	2.827	0.56-14.16	1.598	0.206
Age (years)	-0.009	0.012	0.991	0.97-1.02	0.493	0.482
Readmitted for wound complications (yes)	-1.757	0.797	0.173	0.04-0.82	4.861	0.027
Wound closure method: Adhesive glue	0.039	0.721	1.039	0.25-4.27	0.003	0.957
Wound closure method: Not closed	-0.229	1.041	0.796	0.1-6.13	0.048	0.826
Received information on how to clean the wound (yes)	0.386	0.457	1.471	0.6-3.6	0.712	0.399
Received information on signs of infection (yes)	-0.273	0.457	0.761	0.31-1.87	0.356	0.551
Received information on how to remove wound closures (yes)	1.286	0.468	3.617	1.45-9.05	7.552	0.006
Information was provided using printed materials (yes)	0.206	0.442	1.229	0.52-2.92	0.218	0.640

CI = confidence interval; SE = standard error

Hoewel pijnbestrijding vaak door het personeel werd besproken, voelde bijna de helft van de deelnemers zich uitgesloten van de besluitvorming, en de meesten gaven de voorkeur aan zowel mondelinge als gedrukte informatie van medisch personeel. We vonden drie variabelen die onafhankelijk geassocieerd waren met het vermogen tot wondzorg: het land waarin de behandeling plaatsvond, het ontvangen van instructies voor het verwijderen van wondsluitingen, en heropname vanwege wondcomplicaties. De volgende discussie gaat dieper in op de resultaten van de regressieanalyse.

De sterkste voorspeller van het vermogen tot wondzorg was het land van behandeling. Australische deelnemers rapporteerden vaker succesvolle zelfzorg voor wonden dan hun Nederlandse tegenhangers, terwijl Zweden na correctie niet significant bleef. Eerder onderzoek suggereert dat 91% van de Australiërs zich zelfverzekerd voelt in het beheren van hun gezondheid, zelfs wanneer de formele gezondheidsvaardigheden variëren. Dit vertrouwen kan ook praktische verschillen in postoperatieve zorg weerspiegelen.

De wonden van veel Australische deelnemers werden bijvoorbeeld gesloten met weefsellijm, wat doorgaans minder onderhoud vergt dan hechtingen of nietjes, wat mogelijk deels hun hogere gerapporteerde zelfzorgvaardigheid verklaart. Een andere aannemelijke verklaring is dat gezondheidszorgstructuren en ontslagpraktijken het gedrag van patiënten beïnvloeden, zoals gerapporteerd in andere onderzoeken. Zowel Nederland als Zweden bieden geïntegreerde, door ziekenhuizen geleide zorgtrajecten met gestructureerde follow-up om patiënten na ziekenhuisontslag te ondersteunen.

In tegenstelling hiermee decentraliseert het Australische model de gezondheidszorg. Na ontslag wordt van patiënten verwacht dat ze een grotere verantwoordelijkheid nemen voor de sturing van hun eigen zorg, waarbij ze kiezen tussen openbare of particuliere diensten voor ondersteuning. Systemen met meer formele nazorgtrajecten, zoals die in Zweden of Nederland, kunnen verwachtingen van professionele betrokkenheid stimuleren, waardoor patiënten minder geneigd zijn om autonoom te zijn in hun wondzorg. Hoewel dit niveau van vertrouwen in het systeem de last van het wondbeheer kan verminderen, kan het ook bijdragen aan passiviteit en patiënten positioneren als afhankelijk binnen professioneel geleide trajecten, in plaats van als samenwerkingspartners.

Structurele kenmerken van het gezondheidszorgsysteem en de daaruit voortvloeiende rolverwachtingen lijken samen te bepalen hoe patiënten zelfzorg benaderen; verder intercultureel onderzoek wordt echter aanbevolen.

Onze bevindingen versterken ook het idee dat niet alle ontslageducatie even effectief is of even consequent wordt verstrekt. Van de verschillende beoordeelde educatieonderwerpen was de belangrijkste voorspeller van onafhankelijke wondzorg de instructie over de timing en manier van het verwijderen van wondsluitingsmaterialen; toch behoorde deze informatie tot de minst verstrekte informatie

Slechts twee-derde van de deelnemers die hun wond thuis verzorgden, gaf aan deze instructies te hebben ontvangen, waardoor de totale verstrekking percentages het laagst waren in alle drie de landen. Eén reden voor deze kloof kan zijn dat personeel ervan uitgaat dat hechtingen of nietjes door professionals worden verwijderd, waardoor gedetailleerde instructies onnodig worden geacht. Eerder onderzoek toont echter aan dat de helft van de patiënten die zonder volledige educatie werd ontslagen, zich ook niet bewust was van het doel van hun vervolgspraken; en gemiste afspraken zijn een bekend probleem in de chirurgische nazorg.

Het weglaten van dit soort instructies brengt dus vermijdbare risico's met zich mee. Bovendien kunnen patiënten zonder duidelijke instructies het verwijderen vertragen of verkeerd uitvoeren, wat het risico op SSI's, genezingscomplicaties en langdurige afhankelijkheid van klinische ondersteuning vergroot. Wanneer ze bij ontslag echter duidelijke instructies voor wondzorg kregen, verwijderde 97% van de patiënten thuis succesvol de hechtingen zonder grote complicaties, wat hun vermogen aantoont om wonden zelf te beheren. Daarom moet ontslageducatie de nadruk leggen op instructies voor het verwijderen van wondsluitingen, aangezien patiënten deze zorg veilig kunnen uitvoeren mits ze de juiste begeleiding krijgen.

We ontdekten dat deelnemers die opnieuw werden opgenomen vanwege wondgerelateerde complicaties significant minder vaak vertrouwen rapporteerden in het beheren van hun eigen zorg. Onder degenen die hun wonden zelfstandig verzorgden, kwamen heropnames zelden voor (3,2%), vergeleken met bijna vier keer zo hoog onder degenen die moeite hadden met de zorg (11,8%).

Hoewel dit zou kunnen suggereren dat slechte zelfzorg tot complicaties leidde, toont bewijs aan dat de relatie complexer is. Complicaties zoals infectie, dehiscentie (het opengaan van de wond) of vertraagde genezing kunnen optreden om redenen die buiten de controle van een patiënt liggen en vereisen vaak professioneel ingrijpen dat verder gaat dan thuiszorg. Dit roept een cruciale vraag op: worden patiënten heropgenomen omdat ze moeite hadden met wondzorg, of hebben ze moeite omdat de wond onbeheersbaar werd?

Onderzoeken tonen aan dat zelfs geïnformeerde patiënten zonder adequate ondersteuning worden overweldigd door vroege complicaties. Vergelijkbare patronen zijn waargenomen in de chronische wondzorg, waar een hogere wondcomplexiteit correleert met slechter zelfmanagement en een grotere afhankelijkheid van klinische zorg. Als dit het geval is, staan patiënten die zijn heropgenomen vanwege wondcomplicaties voor een dubbele uitdaging: zij hebben meer kans gehad op een moeilijk herstelproces en minder kans om vertrouwen te krijgen in het beheer ervan. In deze context weerspiegelt heropname een onvervulde zorgbehoefte, en geen persoonlijk falen. Ontslagtrajecten moeten er daarom rekening mee houden dat complicaties zelfs goed voorbereide patiënten kunnen belemmeren. Het bieden van toegankelijke, vroege contactpunten voor ondersteuning kan vermijdbare heropnames voorkomen en helpen om het vertrouwen van patiënten in wondzorg te behouden.

Dit patroon was ook zichtbaar bij deelnemers met open wonden, die significant vaker moeite rapporteerden met het beheren van de zorg thuis. Hoewel de steekproef klein was ($n = 16$), hadden degenen met open wonden bijna vijf keer meer kans op problemen (10,5%) dan degenen met gesloten wonden (2,2%). Open wonden volgen vaak op complexe ingrepen en vereisen zorg die verder gaat dan routine-inspectie, wat patiënten na ontslag kan overweldigen.

Eerder onderzoek toont aan dat het behandelen van open of complexe wonden vaak voortdurende ondersteuning vereist, vooral wanneer frequente verbandwissels of de visuele ernst van de wond zelfstandig beheer lastig maken. Gestructureerde follow-upsystemen, zoals in Nederland, zijn ontworpen om aan deze behoeften te voldoen via gecoördineerde nazorg en thuiszorgondersteuning. Ondanks deze sterke infrastructuur lieten onze bevindingen echter zowel het hoogste aandeel open wonden als de laagste wondzorgvaardigheid in Nederland zien. Zoals eerder opgemerkt, kan een deel van dit patroon de afhankelijkheid van patiënten van professionele zorg binnen het Nederlandse en Zweedse gezondheidszorgstelsel weerspiegelen. Het suggereert echter ook dat zelfs goed geïntegreerde systemen het moeilijk kunnen hebben als de klinische eisen groter zijn dan wat redelijkerwijs thuis kan worden beheerd. Bovendien toont onderzoek aan dat veel patiënten bij ontslag dezelfde begeleiding krijgen, ongeacht het type wond. Hoewel dit pogingen weerspiegelt om wondzorgeducatie te standaardiseren, benadrukken onze bevindingen dat standaardisatie alleen niet kan voldoen aan de uiteenlopende eisen van individuele wonden. Ontslageducatie moet daarom basisinstructies combineren met begeleiding op maat voor complexe of open wonden. Een dergelijke aanpak zou patiënten uitrusten met de middelen om hun zorg veilig te beheren en het risico op postoperatieve complicaties te verminderen.

Beperkingen

Hoewel deze studie nieuwe inzichten biedt in de factoren die het zelfmanagement van wondzorg beïnvloeden, erkennen we enkele beperkingen. Ten eerste beperkt de dwarsdoorsnede-opzet (cross-sectional design) causale inferentie, aangezien associaties de richting tussen voorspellers en het vermogen tot wondzorg niet kunnen bevestigen.

Ten tweede varieerden de steekproef- en responspercentages over de locaties, wat de generaliseerbaarheid kan beïnvloeden. De steekproefomvang was kleiner in Zweden, en 43 Nederlandse deelnemers die waren ontslagen kozen 'Niet van toepassing' op de vraag over zelfzorg voor wonden thuis, omdat hun wonden bij ontslag al waren genezen.

Hoewel deze gevallen valide waren, verminderde hun uitsluiting de analytische steekproef en heeft dit mogelijk de vergelijkingen tussen landen beïnvloed.

Ten derde sloot het uiteindelijke logistische regressiemodel 238 van de 520 gevallen uit vanwege listwise deletion in SPSS. Deze hoeveelheid ontbrekende gegevens beperkte de haalbaarheid van multinomiale benaderingen en vereiste een binair logistisch model om de stabiliteit te behouden. Hoewel het model statistisch significant was en de meeste gevallen correct classificeerde, was de verklaringskracht beperkt. Dit is typisch voor logistische regressiemodellen, waar pseudo-R-kwadraatwaarden meestal bescheiden zijn. De hoge classificatienauwkeurigheid werd waarschijnlijk beïnvloed door een onbalans in de uitkomst, aangezien de meeste deelnemers aangaven in staat te zijn hun wond te beheren. Listwise deletion kan het vermogen van het model om belangrijke voorspellers te identificeren verder hebben beperkt. Toekomstig onderzoek zou benaderingen moeten overwegen die onvolledige gegevens kunnen verwerken zonder grote delen van de steekproef uit te sluiten.

Ten slotte kunnen bepaalde contextuele factoren de antwoorden van deelnemers hebben beïnvloed, maar konden deze niet volledig worden opgevangen. Verschillen in wondtype, chirurgisch specialisme of ziekenhuissetting werden niet gecorrigeerd en kunnen de verwachtingen ten aanzien van wondzorg beïnvloeden. Nederlandse deelnemers ondergingen bijvoorbeeld vaker orthopedische of trauma-chirurgie in academische ziekenhuizen, die in Nederland zijn gereserveerd voor complexe gevallen in plaats van routineprocedures. Dit verschilt van Australië en Zweden, waar academische ziekenhuizen een breder scala aan operaties uitvoeren. Als gevolg hiervan weerspiegelt de Nederlandse steekproef mogelijk complexere wonden en gestructureerde ontslagroutines, wat zowel de wondkenmerken als de verwachtingen van zelfzorg beïnvloedt.

CONCLUSIE

Deze studie toont aan dat het vermogen van patiënten om chirurgische wonden thuis te verzorgen aanzienlijk wordt beïnvloed door de gezondheidszorgcontext waarin zij zorg ontvangen, en de ontslaginstructies die zij krijgen. Over verschillende contexten heen benadrukten heropnamepercentages en open wonden verder de grenzen van gestandaardiseerde educatie, waarbij patiënten leden aan complicaties wanneer hun klinische behoeften deze grenzen overschreden.

Samen onthullen deze bevindingen een breder patroon: wat patiënten aangeleerd krijgen, meegegeven krijgen en verwacht worden te beheren binnen hun context, kan hun herstel beïnvloeden. Om zelfmanagement van chirurgische wonden door patiënten echt te vergemakkelijken, is daarom praktische informatie nodig, ondersteund door ontslagsystemen die verschillende niveaus van behoeften herkennen en accommoderen, waardoor echt patiëntgerichte zorg wordt bevorderd.

Vrije vertaling
Nele Callaerts
Gebruik Ai: Gemini



Klik op het artikel voor het originele artikel te lezen

Wound café

Debridement in actie

- Wat is debridement?
- Debridement met monofilament vezelpad, praktijk
- Debrisoft pad, lolly, duo, door Lohman en Rauscher

- Inschrijven verplicht, via de website www.wondzorg.net
- Aanwezigheidsattest!

DATUM
19.30u
12 november

WGK afd Tielt
Careelstraat 7
8700 Tielt.

Gratis voor leden
wondzorg.net
5 eur voor niet leden



Schrijf je via de link



CONGRESDAGEN

2026 - 2027

Inspiratie. Netwerk. Kennis. Praktijk
Voor verpleegkundigen én zorgkundigen



Congres Blankenberge

Van richtlijn naar persoonsgerichte zorg



25 & 26
Februari 2027



Duinse Polders
Blankenberge



Congres Hasselt

Van richtlijn naar persoonsgerichte zorg



4 Februari 2027



Steborg Hasselt



Congres Brussel

Wonden die niet capituleren



29 oktober 2026



MHKA Brussel

Meer info en inschrijven:

www.cnpv.be
info@cnpv.be





Voorstelling werkgroep opleidingen:

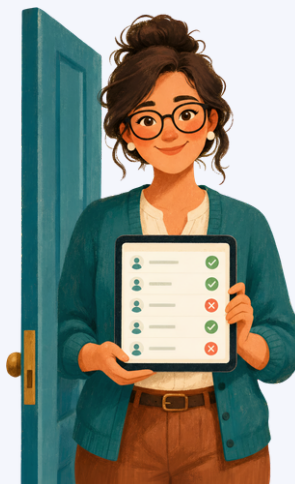
Kennis delen, Expertise versterken

Binnen de Vlaamse wondzorgvereniging Wondzorg.net staat de continue professionele ontwikkeling van zorgverleners centraal. De Werkgroep Opleidingen vormt de drijvende kracht achter het samenbrengen van wondreferentieverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, arts-specialisten, podologen en andere gezondheidsprofessionals. Onze missie is helder: het waarborgen van kwaliteitsvolle wond-, stoma- en gespecialiseerde voetzorg door het aanbieden van actuele, evidence-based educatie.

Om theorie en praktijk naadloos op elkaar te laten aansluiten, focust de werkgroep zich op een gevarieerd en geaccrediteerd vormingsaanbod:

- Samenwerking met WOUND-Ac & CNPV
- Innovatieve Vormingsconcepten: Wij verbreden de traditionele lesmethoden met dynamische concepten zoals praktijkgerichte en simulatielessen. Het uitwerken van cursusmateriaal en ander lesmateriaal.
- Begeleiding van de postgraduaatstudenten wondzorg, stomazorg en weefselherstel

Lijkt het je interessant om eens kennis te maken met onze werkgroep? Je bent van harte welkom! Meer informatie over onze volgende vergadering kan je verkrijgen via een e-mail naar info@wondzorg.net.



Post-operatieve wondinfectie bij een keizersnede

Dit document (Wounds UK, 2025) behandelt de preventie en behandeling van wondinfecties (Surgical Site Infections of SSI) na een keizersnede. Door de wereldwijde stijging van het aantal keizersnedes nemen ook postoperatieve complicaties zoals wondinfecties toe. Het document beschrijft de belangrijkste risicofactoren — zoals overgewicht, diabetes en spoedingrepen — en benadrukt de fysieke, emotionele en financiële impact van deze infecties op patiënten en het zorgstelsel.

Daarnaast biedt het document een praktisch stappenplan voor zorgverleners gedurende het gehele zorgtraject (voor, tijdens en na de operatie). Hierbij staat het proactief inzetten van antiseptische en reinigingsmiddelen en het kiezen van passende wondzorg centraal om infecties te voorkomen, antibioticagerelateerde resistentie te beperken en het herstel van de moeder te bevorderen.

Klik op de link



Introduction

The number of babies born by caesarean section (CS) continues to rise globally. CS rates have increased significantly from 7% in 1990 to 21% in 2021 (World Health Organization [WHO], 2021). This approximates to more than 1 in 5 (21%) births and exceeds the ideal acceptable CS rate of 10%–15% (WHO, 2015; 2021). Over the next decade, global rates of CS are projected to rise further to reach 28.5% by 2030 (Ssenununi et al, 2024). However, several studies have reported CS rates over 40% (Abdelrahman et al, 2019; Rickard et al, 2020).

Within the UK, one in every fourth baby is delivered by CS (National Health Service [NHS], 2023a). Although considered to be the most common and safe surgery in women, complications are well documented (National Library of Medicine [NLM], 2024), including surgical site infection (SSI). Stryja et al (2020) define SSI as an infectious process present at the site of surgery.

Clinical signs and symptoms of wound infection include heat, redness, swelling, elevated body temperature and purulent wound exudate (International Wound Infection Institute [IWII], 2022). Despite efforts made during modern surgical procedures, SSI after CS continues to rise. A systematic review and meta-analysis revealed that SSI incidence varied between countries, the highest being in Africa and lowest in North America (Farid Mojtahedi et al, 2023).

Risk factors and comorbidities associated with SSI in CS wounds

Maternal obesity triples the risk of developing wound complications including SSI and associated morbidity (delayed recovery, increased discomfort and a reduced quality of life [QoL]) (Berríos-Torres et al, 2017; Dias et al, 2019). Childs et al (2020) note the growing epidemic of obesity in women of reproductive age increases the risk of SSI, in particular among morbidly obese women (body mass index [BMI] ≥ 40 kg/m²), in whom the SSI rate can reach 50% (Anderson et al, 2013; Yeeles et al, 2014).

Several factors play a crucial role in SSI risk, including hypertension, duration of labour, rupture of membranes, type of anaesthesia, quality of post-operative care, early mobility and obesity (BMI > 30 kg/m²), gestational diabetes and pre-existing

type 1 diabetes also increase the risk of SSI (Wloch et al, 2012; Childs et al, 2020; Gomaa et al, 2021; Erritty et al, 2023). In a study of 1,682 women who received either elective or emergency CS, raised BMI (≥ 35 kg/m²), smoking history and emergency CS were found to be independent risk factors for post-CS SSI (Erritty et al, 2023). Stress, nutritional status, certain medications and alcoholism potentially slow the speed of healing of a CS wound (NLM, 2023; NHS, 2025).

SSI can lead to a significant cost burden for healthcare systems (Childs et al, 2020; Angolillo et al, 2023), as well as maternal and family distress, problems with bonding and slow recovery for the mother (Childs et al, 2020). If the surgical wound becomes infected, there are increased demands on NHS resources (e.g. higher workload for general practitioners [GPs] and midwives, and increased district nurse visits), for medication (e.g. antibiotics and pain management) and increased dressing changes (Childs et al, 2020; Stanrowski et al, 2016).

For some patients, re-admission for surgical revision and management of the wound may be necessary. In addition to the emotional and physical pain for the mother, an infected CS wound leads to an estimated 4 days of hospitalisation and an additional cost of £3,173 per patient (Stanrowski et al, 2016). Proactive SSI prevention, based on patient risk identification, should be an integral part of pre-, intra- and post-operative CS wound care.

Pre-operative management

There is significant evidence for the use of prophylactic antimicrobial agents to prevent SSIs in CS wounds (Childs et al, 2020). Measures to prevent SSIs include nasal decolonisation, effective skin preparation using an antiseptic preparation and management of co-morbidities. Hair removal (using clippers) should only be undertaken to facilitate surgery or for applying adhesive dressings (Mangram et al, 1999; Tanner et al, 2011; Tanner and Melen, 2021). Dharmaskar et al (2022) suggest that pre-surgical hair-shaving should be avoided in people undergoing clean-contaminated surgery or a surgery lasting less than 2 hours; this may reduce the risk of SSIs in these patient groups.

Before surgery, preparing the skin with antiseptic agents has been shown to reduce risk of infections (Al Maqbal, 2013). Contamination with *Staphylococcus aureus* – the source of approximately 40% of all SSIs in CS wounds – can be reduced with the use of a body wash (Wloch et al, 2012; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2024).

Evidence supports the effectiveness of pre-operative decontamination with octenidine-based antimicrobial products:



Voorstelling patiënt

- 70-jarige man; gehuwd
- Comorbiditeiten: geen diabetes, geen vasculaire problemen, sedert 40 jaar rookstop, een fitte man
- Heelkunde: 2022 RALP (Robot geassisteerde Laparoscopische Radicale Prostatectomie), Hypercholesterolemie waarvoor medicatie

Traumatische wonde

Meneer was bij het opmeten van de douchedeur in de badkamer gevallen en met de hand tegen de douchedeur geslagen. Hierdoor had hij een gapende wonde aan de rechter hand en bloedde hevig.

Eerste zorgen

Bloeding stelpen

De spoedarts reinigde met NaCl 0,9% en ontsmette de wonde met Chloorhexidine 0,5% en daarna werd Flaminal Forte® aangebracht, een absorberend verband en een zwachtel ter fixatie. Dat was ook de manier waarop de echtgenote dit verder hoefde te verzorgen.

Wondzorg

4.03.2025: 1ste foto

T: diep, zwart bloedklonter

I: wat inflammatie

M: zeer vochtig sereus bloederig

E: ondermijnd?



Wondzorg aangepast:

Fysiologische oplossing

Ontsmetten: Isobetadine dermicum®

Absorberend verband

Fixatie met een zwachtel

Afspraak om dit zo verder te verzorgen en 2 dagen later herevaluatie

09.03.2025

T: klonter nog aanwezig en grotendeels kunnenverwijderen

I: geen infectie

M: weinig

E: duidelijke afname oedeem na opstart compressie



20.03.2025

De wonde groeit nu heel snel op. Voorgesteld om eventjes aan de lucht bloot te laten en opstart van gewoon vetverband om de wonde tot rust te laten komen en de epithelialisatie tot stand komt. Compressie werd stopgezet.

25.05.2026

Wonde is na 3 weken genezen. Meneer heeft na aanbrengen van de Pannocort® zalf de volgende dag de wonde aan de lucht gelaten. Nog enkel korst aanwezig. Voorstel tot goed hydrateren met een hydraterende crème, Cicaplast® Baume B5 of gelijkwaardig. Een eigenschap van Pannocort® zalf is het afremmen van een te snelle celdeling en dus op die manier de hypergranulatie stilt.





Agenda

- 9-11 september 2026
EPUAP, Ierland
- 30 september 2026
Week van de Verpleegkunde, Oostende
- 29 oktober, 2026
Wondzorgcongres, Brussel
- 12 november 2026
Wound café, WGK Tielt
- 19 januari 2027
Nieuwjaarsreceptie, 's avonds (info volgt)
- 25-26 februari 2027
2-daags wondzorgcongres te Blankenberge



Vrijwilliger bij wondzorg.net

Ben je graag bezig met wondzorg?

Wil je graag je kennis over wondzorg vergroten?

Bouw je graag een netwerk uit?

Wil je actief meewerken aan het uitbouwen van wondzorg in Vlaanderen?

Indien je op bovenstaande vragen minstens één keer ja geantwoord hebt, is vrijwilliger worden bij wondzorg.net misschien iets voor jou.

We hebben verschillende werkgroepen waarin je actief kan zijn, dit zowel voor als achter de schermen. Bijvoorbeeld docenten (je hoeft geen vooropleiding leerkracht gehad te hebben), congressen organiseren, multimedia, nieuwsbrief, wetenschappelijk onderzoek,.... Of gewoon gezellig discussiëren over wondzorg bij een hapje en een drankje. We zijn allemaal zot van wondzorg.

Bij interesse meld je aan op info@wondzorg.net met je naam, gsm-nummer, mailadres. Dan nodigen we je uit voor een werkvergadering van jouw voorkeur. Of spreek ons aan op een event van wondzorg.net



