

**Consensusdocument wondregistratie in EPD door wondspecialisten**

*Om landelijk een uniformiteit in rapportage te creëren is er in dit document beschreven wat er per wond gerapporteerd kan worden. Daarnaast is het van groot belang om data te genereren over de effectiviteit en doelmatigheid van de geboden wondzorg.*

*De elektronische patiënten dossiers dienen de mogelijkheid te bieden om dit te kunnen rapporteren.*

*Dit document is zo breed mogelijk opgesteld; Per organisatie zal verschillen welke informatie wel toepasbaar is of niet. Voor dit document is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande richtlijnen en zo nodig van expert opinion vanuit de werkgroep.*

Versiedatum: 22-09-2020

1. Doel van de registratie:
	* Voortgang volgen
	* Communicatie naar andere zorgverleners
	* Financiële afhandeling
	* Evalueren effectiviteit en doelmatigheid van geleverde zorg aan groepen patiënten.
2. Voor wie is deze registratie bedoeld?
Het vereist niveau voor deze registratie is verpleegkundigen met een vervolgopleiding wond. Dit zal in de praktijk een wondverpleegkundige, wondconsulent of V.S. wond zijn. Per organisatie kan bekeken worden of ook andere verpleegkundigen dit kunnen gebruiken.
3. Wat wordt er geregistreerd?

**Algemene gegevens**: Dit zijn data die voor iedere wondpatiënt éénmalig vastgelegd dienen te worden:

* + Voorstel: Doel; curatief, preventief of palliatief.
	+ Anatomische locatie wond
	+ Grootte wond
	+ Datum ontstaan wond
	+ Type wond keuze + vrije tekst toelichting
	+ Verwijzing door
	+ Eerdere behandeling
	+ Relevante voorgeschiedenis
	+ Relevant medicijn gebruik
	+ Voedingstoestand/ voedingsscore
	+ Roken/ alcohol / drugs
	+ Mobiliteit; hulpmiddelen
	+ Sociale anamnese
	+ Woonsituatie soort huis / instelling
	+ Gezinssituatie
	+ Mantelzorg / professionele zorg

**Variabele gegevens:** voor iedere wond (invullen bij iedere bezoek)

1. TIME:

Tissue: Percentage rood/geel/zwart, bot,spier,pezen, + vrije tekst

Infection; Dolor, Calor, Tumor, Rubor, Functio leasa

Moisture: Droog, vochtig, nat

Edge: Verweekt, vitaal, eelt, ondermijnd

1. Wondomgeving: normaal, schilferig, erytheem, oedeem
2. Wondfase: debridement, reinigen , granulatie, epithelialisatie
3. Pijnscore
4. Reinigen: douchen, spoelen met katheter, reinigen met gaas gedrenkt in vloeistof
5. Primaire wondbedekker
6. Secundair
7. Fixeren
8. Overige interventies/preventie decubitus
9. Frequentie van wondzorg
10. MDO vrije tekst
11. Verrichtingen registratie

**Specifieke gegevens per wondsoort**:

***Ulcus cruris:*** *Richtlijn Veneuze pathologie 2014, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)*
*Arterieel ulcus*

* + Fontaine of Rutherfort classificatie
	+ Pulsaties palpabel ADP, ATP,Apop,Lies
	+ Capilaire refill
	+ Doppler
	+ EAI evt met looptest
	+ Teendruk / TcpO2
	+ CTA / MRA / diagnostische angio
	+ MDO vaat

Veneus ulcus

* CEAP-classificatie of VCSS
* Veneuze Duplex
* EAI bdz.
* Ambulante compressie therapie middels:
Meerlaagszwachtel, korte rek, kleefzwachtels, klitteband kousen,
TEK klasse 1,2,3,4. Onderbeen / volledig been
Hoe oud zijn kousen?
* Hypertensie?

Overig

Gemengd vaatlijden, Pyoderma, microangiopathie, arterfact, ecthyma, overig

**Brandwond:***Richtlijn ‘Eerste opvang van brandwondpatiënten in de acute fase (1ste 24 uur) van verbranding en verwijzing naar een brandwondencentrum’ 2014 oa  Nederlandse Brandwonden Stichting en het CBO*

* Graad: 1e, 2e opp dermaal 2e diep dermaal 3e
* TVLO
* Oorzaak
	+ Vuur
		- Hete vloeistof (welke)
		- Zon
		- Contactverbranding
		- Elektriciteit
		- Chemisch

**Chirurgische wond**: *Richtlijn wondzorg Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 2013 alle wonden waarbij een mes aan te pas is gekomen.*

* Soort OK
* Datum OK
* Kopje Bijzonderheden met vrije tekst: Welke lichaamsvreemd materiaal in het lichaam: mat/ cement/ spacer/ gentakralen/drains. Fascie wel of niet intact

**Decubitus:** *Concept Kwaliteitsstandaard Decubitus: preventie en behandeling 2020.Internationale NPUAP/EPUAP decubitus classificatiesysteem; Categorie; 1-4, Deep tissue injury, dept unknown*

* Ernst in categorieën: aanvinken en informatie evt bij informatievakje
1. Huid intact, niet wegdrukbare roodheid / paarse verkleuring
2. Oppervlakkige wond tot op epitheel laag met of zonder blaar
3. Verlies van volledige huidlaag
4. Verlies van volledige weefsel laag met blootliggend bot, pezen of spieren
5. Niet naar categorie in te delen/ongeclassificeerd:
 Verlies van een volledige huid- of weefsel laag. Diepte onbekend6. Vermoedelijke diepe weefselbeschadiging. Diepte onbekend
* Waar is de decubitus ontstaan?
1. Eigen afdeling (welke)
2. Andere afdeling (welke)
3. Andere instelling (welke)
4. Onbekend
* Welke preventieve maatregelen zijn genomen?
	+ - Wisselhouding á 4 uur
		- Matras (welke)
		- Zitkussen (welk)
		- Hielen vrij gelegd
		- Voorlichting

**Incontinentie dermatitis:** *Globiad*

* + Incontinentie voor faeces/urine/beide
	+ Ernst indeling Globiad:
	1A – Aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie
	1B – Aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie
	2A – Ontvelling zonder klinische tekenen van infectie
	2B – Ontvelling met klinische tekenen van infectie

**Diabetische voet:** *Nederlandse richtlijn diabetische voet 2017 / Internationale guidelines diabetic foot IWGDF 2019)*

* Risico score SIMS
* Classificatie:
	+ Neuropatisch / ischemisch / neuro-ischemisch
	+ Texas (IGJ)
	+ Pedis
	+ SINBAD
* Vaatstatus:
	+ Pulsaties palpabel ADP, ATP,Apop,Lies
	+ Capilaire refill
	+ Doppler: monofasisch, bifasisch, trifasisch
	+ EAI evt met looptest
	+ Teendruk / TcpO2
	+ CTA / MRA / diagnostische angio
* Neuropathie:
	+ Sensibiliteit: monofilement/ stemvork
	+ Motorisch: deformaties / hallux valgus / rigidus /klauw/hamerteen/charcot
* Infectie/osteomyelitits
	+ Temp voet
	+ Lichaamstemp
	+ Radiologie
	+ Infectieverschijnselen
* *Voetzorg*
	+ Confectie / orthopedisch / semi-orthopedisch
	+ Off*-*loading:TCC, Walker, mabel, WCS, vilt, antiafwikkelschoen, verbandpantoffel
	+ Podotherapeut/diabetisch pedicure
* Glucose regulatie
	+ Goed /matig / slecht gereguleerd / HBa1C
	+ Beoordeling huisarts of internist
* MDO vaat

**Oncologische wond***Oncologische wond / ulcus / radiatie schade (richtlijn IKN 2010)
Radiatie: WHO classificatie Radiodermatitis*

* Oncologische wond:
	+ OK datum
	+ Snijranden schoon?
* Oncologische ulcus:
	+ Classificatie Oncologische ulcera worden als volgt geclassificeerd:
	+ Graad I: intacte epidermis met dreigende aantasting van de huid door onderliggend tumorweefsel
	Graad II: beginnende aantasting subcutis
	Graad III: diepe doorgroei met aantasting subcutis
	Graad IV: droge en/of vervloeide necrose tot 30% van het wondoppervlak
	Graad V: droge en/of vervloeide necrose op meer dan 30% van het wondoppervlak
	+ Blow out risico besproken?
* Radiatiewond:
	+ Classificatie:
	Graad 0: geen verandering (volledige intacte huid)
	Graad 1: Erytheem
	Graad 2: Droge desquamatie
	Graad 3: Vochtige desquamatie
	Graad 4: Exfoliatieve dermatitis
	+ Wanneer eerste en laatste radiatie?
	+ Late radiodermitis letsels , ulcera of fistel

**Traumatische wond:***Richtlijn wondzorg Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 2013*

* Vrije tekst
* Skintear: Payne-Martin classificatiesysteem
	+ Categorie 1 Zonder weefselverlies Lineair type Flap type
	+ Categorie 2 Gedeeltelijk weefselverlies 25% van de opperhuid van de epidermale flap is verloren
	+ Categorie 3 Volledig weefselverlies De opperhuid van de epidermale flap is volledig verdwenen

**Overig**