



**Landelijke multidisciplinaire richtlijn
Smetten (intertrigo) preventie en behandeling**

Utrecht, september 2018

Verantwoordelijke instanties

Uitvoering: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Postbus 8212
3503 RE, Utrecht
Website: www.venvn.nl
e-mail: info@venvn.nl

In samenwerking met:



Financieel mogelijk gemaakt door ZonMw.



De richtlijn is geautoriseerd door:

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, V&VN Dermatologie

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, V&VN Wondexpertise

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Nederlandse Obesitas Vereniging

Verenso, Specialisten in ouderengeneeskunde

Beroepsvereniging Ergotherapie Nederland

****Dit is een aangepaste versie van de richtlijn versie december 2011.**

V&VN heeft in 2018 aan ZonMw gevraagd een knelpuntenanalyse te laten uitvoeren om te kunnen beoordelen of de richtlijn nog actueel is. Dit werd gedaan door Nivel en IQ Healthcare Radboudumc. Wat blijkt? De richtlijn is nog actueel, maar niet alle verpleegkundigen en verzorgenden kennen de richtlijn en volgen de aanbevelingen op.

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Samenstelling expertgroep | 6 |
| Samenstelling van de projectgroep | 6 |
| Samenstelling subwerkgroepen en focusgroepen | 7 |
| Samenvatting | 11 |
| | |
| 1 Inleiding | 19 |
| 1.1 Aanleiding | 19 |
| 1.2 Doelstelling | 19 |
| 1.3 Richtlijngebruikers | 19 |
| 1.4 Definitie en Afbakening | 19 |
| 1.5 Patiëntenpopulatie | 20 |
| 1.6 Uitgangsvragen | 20 |
| 1.7 Methode | 21 |
| 1.8 Onafhankelijkheid | 21 |
| 1.9 Juridische betekenis | 21 |
| 1.10 Herziening | 21 |
| | |
| 2 Begripsbepaling en pathofysiologie | 22 |
| 2.1 Begripsbepaling | 22 |
| 2.2 Pathofysiologie van smetten | 22 |
| | |
| 3 Diagnostiek bij smetten | 23 |
| 3.1 Welke risicofactoren zijn er voor het ontstaan van smetten? | 23 |
| 3.2 Op welke wijze kan de diagnose smetten gesteld worden? | 24 |
| 3.3 Op basis van welke criteria kan worden vastgesteld dat smetten is geïnfecteerd en zo ja waardoor? Is het van belang dit vast te kunnen stellen? | 26 |
| 3.4 Op welke wijze kan de huidige indeling in fasen bij smetten vereenvoudigd worden? | 27 |
| | |
| 4 Preventieve maatregelen | 29 |
| 4.1 Welke interventies zijn effectief, goed toepasbaar en patiëntvriendelijk in de preventie van smetten? | 29 |
| 4.2 Wanneer moet gestart worden met preventieve maatregelen? | 32 |
| 4.3 Op welke momenten moet evaluatie van de preventieve maatregelen plaats vinden en op basis van welke criteria? | 32 |
| | |
| 5 Behandeling | 34 |
| 5.1 Welke interventies zijn effectief in de behandeling van smetten? | 34 |
| | |
| 6 Samenwerkingsafspraken | 40 |
| 6.1 Inleiding | 40 |
| 6.2 Doel | 40 |
| 6.3 Werkwijze | 40 |
| 6.4 Op welke wijze kan de organisatie van zorg rondom de zorgvrager met smetten worden bevorderd? | 40 |
| 6.5 Op welke wijze kan het voeren van eenduidig beleid | |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6.6 | bevorderd worden? Welke informatie moet wanneer, door wie en op welke wijze aan zorgvragers worden gegeven met betrekking tot de preventie en behandeling (voorlichting) | 42 44 |
| 7 | Implementatie | 47 |
| 7.1 | Inleiding | 47 |
| 7.2 | Aanbevelingen voor verbeteracties ter bevordering van een goede implementatie | 47 |
| 7.3 | Uitvoering aanbevelingen | 52 |
| 8 | Indicatoren | 59 |
| 8.1 | Inleiding | 59 |
| 8.2 | Indicatoren | 60 |
| 8.2.1 | Structuurindicatoren | 60 |
| 8.2.2 | Procesindicatoren | 61 |
| 8.2.3 | Uitkomstindicatoren | 63 |
| | Referenties | 64 |

Samenstelling expertgroep

Mw. drs. J. (Janneke) Huizinga (voorzitter)

Nurse practitioner dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen, V&VN Dermatologie

Mw. M. (Mieke) van Spanje

Vice-voorzitter Nederlandse Obesitas Vereniging

Mw. K. (Karin) Corsten MA ANP

Verpleegkundig specialist intensieve zorg, Twee Steden Ziekenhuis, Tilburg, V&VN
Wondconsulenten

Mw. K. (Karin) Timm- van Ruitenburg MA ANP

Verpleegkundig specialist intensieve zorg, IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel, V&VN
Dermatologie

Mw. E. (Erica) de Vries-van Deventer

Verzorgende individuele gezondheidszorg, V&VN Verzorgenden (voorheen Sting)

Dhr. dr. R. (Ronald) Houwing

Dermatoloog, Deventer ziekenhuis, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
(NVDV)

Dhr. drs. H. (Henk) Baatenburg de Jong

Specialist ouderengeneeskunde, Evean Oostergouw, Zaandam, Verenso, Specialisten in
ouderengeneeskunde

Dhr. drs. B. (Ben) Kolnaar

Huisarts, wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnen en Wetenschap Nederlands
Huisartsengenootschap (NHG)

Dhr. drs. T. (Toine) Joosten

Apotheker, werkzaam bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der
Pharmacie (KNMP)

Mw. E. (Elieke) Nijhuis

Ergotherapeut, Evean Behandelzaken, Zaandam, Beroepsvereniging Ergotherapie Nederland

Samenstelling projectgroep

Mw. drs. E. (Else) Poot (projectleider, voorzitter projectgroep, medeauteur tot 1 maart 2011)

Senior adviseur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Mw. drs. M. (Meike) van Halm-Walters (auteur richtlijn, tweede reviewer; vanaf 1 maart 2011 projectleider)

Adviseur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) (tot 1 januari 2011);
Adviseur Beroepsontwikkeling Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (vanaf 1
januari 2011)

Dhr. dr. E. (Erik) de Laat

Nurse Practitioner wond-decubituszorg, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen, European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)

Dhr. dr. Ir. C. (Cees) Oomens

Universitair hoofddocent Biomedical Engineering Department Universiteit Eindhoven; President European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)

Mw. drs. J. (Janneke) Huizinga

Nurse practitioner dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen, V&VN Dermatologie

Dhr. P. (Peter) Quataert

Wondconsulent, ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen, Terneuzen; Voorzitter V&VN Wondconsulenten

Dhr. dr. R. (Ruud) Halfens

Universitair hoofddocent, Universiteit Maastricht

Dhr. dr. R. (Ronald) Houwing

Dermatoloog, Deventer ziekenhuis, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

Dhr. drs. H. (Haske) van Veenendaal

Manager Richtlijnen & Indicatorenontwikkeling, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Mw. drs. J. (Jacintha) van Balen

Huisarts, wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnen en Wetenschap Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)

Mw. drs. A. (Alja) Sluiter

Huisarts, wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnen en Wetenschap Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)

Dhr. dr. P. (Patriek) Mistiaen (eerste reviewer)

Onderzoeker Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

Samenstelling subwerkgroepen en focusgroepen

Subwerkgroep Samenwerkingsafspraken

Mw. drs. A. (Alja) Sluiter (voorzitter)

Huisarts, wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnen en Wetenschap Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)

Dhr. drs. B. (Ben) Kolnaar

Huisarts, wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnen en Wetenschap Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)

Mw. K. (Karin) Timm- van Ruitenburg MA ANP

Verpleegkundig specialist intensieve zorg, IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel V&VN Dermatologie

Dhr. H. (Henri) Post MA ANP

Verpleegkundig specialist wond-decubituszorg, Evean Zorg, Zaandam, V&VN Wondconsulenten

Dhr. drs. H. (Henk) Baatenburg de Jong

Specialist Ouderengeneeskunde, Evean Oostergouw, Zaandam, Verenso Specialisten in ouderengeneeskunde

Subwerkgroep Implementatie

Mw. drs. G. (Gerda) Holleman (voorzitter)

Senior adviseur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) (tot 1 januari 2011)
Senior adviseur Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (vanaf 1 januari 2011)

Mw. D. (Diedy) Sterkenburg

Stoma-wondverpleegkundige, Diaconessehuis, Utrecht, V&VN Wondconsulenten

Mw. M. (Miep) Meijs MA ANP

Verpleegkundig specialist wond-decubituszorg, ZZG zorggroep, Nijmegen, V&VN Wondconsulenten

Mw. T. (Tonny) de Groot

Transmuraal decubitusconsulent, Vierstroom en 't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer, V&VN Wondconsulenten

Mw. M (Monica) van der Burg MA ANP

Verpleegkundige specialist, Sint Maartenskliniek, Nijmegen, V&VN Wondconsulenten

Dhr. C. (Christ) Jochems

Dermatologie verpleegkundige, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht, V&VN Dermatologie

Dhr. drs. A.A.L.M.(Armand) Rondas MSc in Woundhealing and Tissue Repair

Specialist ouderengeneeskunde, Zorggroep Noord Limburg, Verenso, Specialisten in ouderengeneeskunde

Mw. drs. G.H. (Gabriëlle) van Ramshorst

AIOS Heelkunde, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH)

Mw. drs. K. (Katja) Reiding

Huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Dhr. E. (Eddy) Koopman

Wondconsulent, Deventer ziekenhuis, voorzitter kernteam 'Sneller Beter'

Mw. J. (Jennie) Mast

Senior medewerker Vilans, Projectleider 'Zorg voor beter'

Subwerkgroep Indicatoren

Dhr. dr. R. (Ruud) Halfens (voorzitter)

Universitair hoofddocent, Universiteit Maastricht

Mw. Y. (Yvonne) Bouten-Siebers

Wondconsulent, Viecuri Medisch Centrum voor Noord Limburg, Venlo, V&VN Wondconsulenten

Mw. T. (Tonny) de Groot

Transmuraal decubitusconsulent, Vierstroom en 't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer, V&VN Wondconsulenten

Mw. K. (Karin) Timm- van Ruitenburg MA ANP

Verpleegkundig specialist intensieve zorg, IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel, V&VN Dermatologie

Dhr. drs. M. (Martin) van Leen

Specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen, Rotterdam, Verenso, Specialisten in ouderengeneeskunde

Dhr. drs. C. (Christof) Smit

Revalidatiearts, Reade centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam, Vereniging Revalidatieartsen (VRA)

Mw. drs. K. (Katja) Reiding

Huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Samenstelling focusgroepen

Focusgroepen professionals

Mw. drs. E. (Else) Poot (voorzitter)

Senior adviseur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) (tot 1 maart 2011)

Mw. W. (Wilma) van Kooten

Verzorgende, Icare, Harderwijk, landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten (Sting)

Mw. E. (Erica) de Vries – van Deventer

Verzorgende individuele gezondheidszorg, landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten (Sting)

Mw. K. (Karin) Corsten MA ANP

Verpleegkundig specialist intensieve zorg, TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg, V&VN Wondconsulenten

Mw. C. (Carla) Hulsman

Decubitus-Wondconsulent, thuiszorg Rotterdam, V&VN Wondconsulenten

Mw. S (Sandra) van den Bogert-Janssen MA ANP

Nurse practitioner Wond-decubituszorg, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond, V&VN Wondconsulenten

M. R. (Rinkje) Sorgdrager

Coördinerend wijkverpleegkundige, Buurtzorg Nederland, Amsterdam, V&VN
Eerstelijnsverpleegkundigen

Mw. drs. C (Cindy) Netten (NHG)

Huisarts, Gezondheidscentrum de Heelhoek, Lelystad, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Mw. drs. K (Katja) Reiding (NHG)

Huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Mw. drs. L. (Letty) Oudewortel

Specialist ouderengeneeskunde, Viva Zorggroep, Heemskerk, Verenso, Specialisten in ouderengeneeskunde

Mw. J. (Joke) Bergman

Verpleegkundig specialist continentiezorg, Medisch Centrum Alkmaar, V&VN Continentie
Verpleegkundigen en Verzorgenden

Mw. S. (Sandra) van Ruitenburg

Wondverpleegkundige, IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel, V&VN Dermatologie

Dhr. C. (Christ) Jochems

Dermatologie verpleegkundige, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht, V&VN Dermatologie

Dhr. F. (Fred) Polman

Seniorverpleegkundige neurochirurgie & orthopedie, VU medisch centrum, Amsterdam, V&VN
Neuro & Revalidatie

Focusgroep afgevaardigden Nederlandse Obesitas Vereniging

Mw. dr. S.S.L.(Saskia) Mol (voorzitter)

Wetenschappelijk medewerker Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), afdeling
Implementatie

Mw. M. (Mieke) van Spanje

Vice-voorzitter Nederlandse Obesitas Vereniging

Mw. T. (Trees) Vossen

Dhr. J. C. (Jos) Blik

Anonieme deelnemer

Samenvatting

Onderstaande tekst is een weergave van de aanbevelingen in deze richtlijn. Voor meer informatie over hoe tot deze aanbevelingen is gekomen wordt verwezen naar de richtlijnteksten.

Definitie smetten

Een in de grote huidplooien gelokaliseerde, oppervlakkige huidaanandoening welke zich kenmerkt door altijd roodheid (erytheem) aan beide zijden van de plooi. Daarnaast kunnen een of meerdere van de volgende symptomen voorkomen: maceratie (verweking), fissuren (scheurtjes), erosies, een nattende huid of korstvorming.

Diagnostiek

Risico-inschatting

Ga na welke van de volgende risicofactoren er zijn voor het ontstaan van smetten:

- vrouwelijk geslacht
- gevorderde leeftijd
- obesitas
- verminderde mobiliteit
- verhoogde lichaamstemperatuur
- vochtige huid (a.g.v. transpireren en/of incontinentie)
- diabetes
- verminderde weerstand (bijv. a.g.v. chemokuur)
- beperkingen in de ADL/ tekortschietende persoonlijke hygiëne
- eerdere smetten

De aanwezigheid van een of meerdere van deze risicofactoren kan zorgen voor een verhoogd risico op het ontstaan van smetten.

Diagnose smetten

Stel de diagnose smetten aan de hand van het voorkomen van de klinische verschijnselen (objectieve symptomen en ervaren klachten):

- altijd (glanzende) roodheid (erytheem) van de huid aan beide zijden van de plooi.

Daarnaast kunnen de volgende objectieve symptomen en ervaren klachten voorkomen:

Objectieve symptomen:

- maceratie (verweking).
- erosies
- nattende huid (exsudaat vorming)
- fissuren (scheurtjes)
- korstvorming

Ervaren klachten:

- jeuk
- pijn
- branderigheid
- onaangename geur

Stel vast of er sprake kan zijn van een andere huidafwijking dan smetten namelijk wanneer:

- er ook sprake is van een huidafwijking op andere lichaamsdelen;
- er sprake is van druk ter hoogte van de huidafwijking (mogelijkheid van decubitus);
- er sprake is van de inwerking van urine en/of faeces (mogelijkheid van incontinentie dermatitis).

Heb extra aandacht voor de mogelijkheid van het tegelijkertijd voorkomen van smetten en decubitus en van smetten en incontinentie dermatitis.

Raadpleeg in het geval van een mogelijke andere huidandoening of bij twijfel een meer deskundige.

Diagnose geïnficeerde smetten

Stel vast of er sprake is van geïnficeerde smetten aan de hand van het voorkomen van een of meerdere van de volgende klinische verschijnselen van geïnficeerde smetten:

- pustels (puistjes)
- natten
- geel/groen exsudaat
- randschilfering
- satelliet laesies ('eilandjes voor de kust')
- felrode huid
- pus
- korstvorming
- onaangename geur

Overweeg de noodzaak en het nut van differentiaal diagnostiek met behulp van een kweek voor het bepalen van de benodigde behandeling van geïnficeerde smetten. Neem in de overweging de kosten van dit laboratoriumonderzoek, uitstel van behandeling en de belasting voor de zorgvrager mee.

Indeling in drie verschijningsvormen

Deel smetten in naar verschijningsvorm * :

- smetten
- smetten met een nattende huid
- smetten met een geïnficeerde huid

Elke zorgverlener die betrokken is bij de ADL moet aandacht hebben voor de aanwezigheid van smetten en onderneemt een of meerdere van de volgende acties bij (een vermoeden op) smetten:

- nagaan bij de zorgvrager of er eerder sprake van smetten is geweest, in welke verschijningsvorm* en hoe dit behandeld is
- raadpleeg een meer deskundige voor advies en/of
- schakel een behandelaar in voor het stellen van de diagnose en zo nodig starten van een behandeling en/of
- stel de diagnose en start een behandeling (indien men daar toe bevoegd is).

* voor een nadere omschrijving van de verschijningsvormen zie de richtlijntekst.

Preventie

Besteed in de anamnese aandacht aan de risicofactoren van smetten (zie paragraaf 3.1). Beoordeel bij een of meer aanwezige risicofactoren of er sprake is van een verhoogd risico. Zet bij een verhoogd risico preventieve maatregelen in.

Besteed als bij de ADL betrokken zorgverlener blijvend aandacht aan de preventie van smetten. Geef in een gepland gesprek over de preventie van smetten en altijd tijdens het toepassen van preventieve maatregelen informatie en advies over:

- het toepassen van dagelijkse huidzorg
- het voorkomen van overmatig transpireren
- het voorkomen van huid-op-huid contact
- het droog houden van huidplooien

Pas dagelijkse huidzorg toe door:

- het dagelijks wassen en goed (deppend) drogen van de huidplooien
- het gebruik van weinig of geen zeep (parfumvrij) en het goed afspoelen van zeepresten
- het dagelijks observeren van de huid en in de huidplooien
- bij incontinentie direct te verschonen, te wassen en te drogen

Voorkom overmatig transpireren door:

te zorgen voor een koele omgeving door het verlagen van de omgevingstemperatuur
het dragen van katoenen of ademende kleding

Voorkom huid-op-huid contact door:

- het dragen van ondersteunende kleding:
 - o goedsluitend, niet knellend ondergoed (bijvoorbeeld met pijpjes) voor zowel mannen als vrouwen; bij voorkeur geen string
 - o een katoenen BH; eventueel eerst een katoenen hemd of T-shirt en daaroverheen de BH
 - o suspensoir (=drager voor de balzak) bij mannen
 - o katoenen pyjamabroek in plaats van nachttjapon
- het tussen de huidplooien aanbrengen van één van de volgende materialen:
 - o scheurlinnen
 - o non-woven gaas
 - o Engels pluksel (leg de geruwde (=absorberende) zijde op de huid)

Deze materialen worden vervangen als ze vochtig worden of in ieder geval minimaal tweemaal daags.

Houd de huidplooien droog door middel van:

- het gebruik van katoenen beddengoed
- het dragen van absorberende kleding
- het aanbrengen van één van de volgende materialen tussen de huidplooien:
 - o scheurlinnen
 - o non-woven gaas
 - o Engels pluksel (leg de geruwde (=absorberende) zijde op de huid)
- de toepassing van één van de volgende lokale middelen:

- Zinkoxidesmeersel FNA, dun aanbrengen en inkloppen (huid moet zichtbaar blijven)
óf
- een barrièreproduct (alcoholvrij) vanwege het vermogen huidplooien langs elkaar te laten glijden.

Gebruik geen poeders vanwege de kans op klontering.

Gebruik geen pasta's, omdat het moeilijk aan te brengen en te verwijderen is, vanwege het aankloekende aspect en omdat de huid slecht te observeren is onder een pasta.

Gebruik geen zinkzalf vanwege de kans op het afsluiten van de huid.

Maak geen gebruik van apparatuur (zoals een föhn) om de huid droog te blazen wegens de kans op verbranding en uitdroging van de huid.

Schakel een ergotherapeut in:

- wanneer men ADL-beperkt is en/of moeite heeft preventieve maatregelen zelfstandig uit te voeren.
- bij contracturen waardoor de uitvoering van de ADL bemoeilijkt wordt en/of er meer huidplooien ontstaan met verhoogde kans op smetten.

Een ergotherapeut kan adviseren over de manier van handelen of het gebruik van hulpmiddelen.

Bij wie preventie toepassen?

Start preventieve maatregelen bij iedereen die lichamelijke verzorging van een zorgverlener ontvangt en een verhoogd risico heeft op het ontstaan van smetten

Evaluatie

Evalueer de preventieve maatregelen dagelijks. Dit wordt uitgevoerd door degene die de preventieve maatregelen toepast (de zorgverlener of de zorgvrager zelf). Als verandering optreedt wordt dit door de zorgverlener gerapporteerd in het dossier van de zorgvrager.

Evalueer de preventieve maatregelen op basis van het al dan niet optreden van de symptomen zoals beschreven in de paragrafen 3.2 en 3.3.

Wanneer ondanks preventieve maatregelen toch smetten ontstaat of hier een vermoeden van is, onderneem dan een of meerdere van de volgende acties:

- raadpleeg bij twijfel een meer deskundige of start een behandeling op basis van de verschijnselen (indien men daar toe bevoegd is).
- Geef informatie en advies over preventie en behandeling van smetten.

Behandeling

Behandel smetten als volgt:

- één of meerdere preventieve maatregelen, minimaal 2x daags
- bij een felrode, glanzende huid minimaal 2x daags met , Zinkoxidesmeersel FNA dun aangebracht (z.n. eerst zinkresten van een vorige behandeling verwijderen met zoete olie) óf een barrièreproduct (raadpleeg voor de frequentie van gebruik van het barrièreproduct de bijsluiter)
- raadpleeg bij twijfel een meer deskundige

Behandel smetten met een nattende huid als volgt:

- intensivering van de preventieve maatregelen, minimaal 3x daags

- Zinkoxidesmeersel FNA, dun aangebracht (zo nodig eerst zinkresten van een vorige behandeling verwijderen met zoete olie)
- maak géén gebruik van een barrièreproduct op een nattende huid (hecht niet)
- breng eventueel lokaal een antischimmelpreparaat aan
- raadpleeg bij twijfel een meer deskundige

Behandel smetten met een geïnfekteerde huid als volgt:

- consulteer een deskundige
- intensivering van de preventieve maatregelen, minimaal 3xdaags
- een combinatiepreparaat van Zinkoxidesmeersel FNA met een antischimmelpreparaat uit de groep imidazolderivaten (bijv. Miconazol-Zinkoxidesmeersel 2% FNA en Clotrimazol-Zinkoxidesmeersel 1% FNA, verkrijgbaar via apotheek)
óf
Een antischimmelpreparaat en Zinkoxidesmeersel FNA achtereenvolgens aangebracht. Eerst (dun) het antischimmelpreparaat en daarna het zinkoxidesmeersel.
- gebruik miconazol niet gelijktijdig met een oraal antistollingsmiddel
- maak geen gebruik van een barrièreproduct op een nattende huid (hecht niet)
- gebruik (combinatiepreparaten met) corticosteroiden alleen in opdracht van een arts

Raadpleeg de bijsluiter met betrekking tot de benodigde duur van de behandeling met een antischimmelpreparaat. Zet geen onderhoudsdosering in.

Overweeg of een kweek van extra waarde kan zijn om verdere behandeling te kunnen bepalen als er na twee weken behandeling geen resultaat is.

Maak bij overmatig exsudaat gebruik van absorberend, niet-verklevend verband.

Gebruik een barrièreproduct bij nattende smetplekken alleen ter bescherming van de droge omliggende huid.

Overweeg een borstverkleinende operatie bij vrouwen die hinder ondervinden van grote borsten en tevens van chronisch onbehandelbare smetten onder de borsten.

Besteed aandacht aan de invloed van smetten op de participatie en het dagelijks functioneren.

Schakel, afhankelijk van de problematiek, een andere zorgverlener in voor advies of begeleiding zoals bijvoorbeeld een ergotherapeut, een maatschappelijk werkende of een bedrijfsarts.

Evaluatie van de behandeling

- Evalueer de behandeling op dag 3, 7 en 14 na het starten van de behandeling.
- Evalueer de behandeling bij twijfel en altijd bij smetten met een geïnfekteerde huid samen met een deskundige.
- Stel, wanneer de klachten verergeren tijdens de behandeling, opnieuw vast om welke verschijningsvorm van smetten het gaat en pas zo nodig de behandeling aan.
- Overweeg wanneer er na 14 dagen van behandeling geen verbetering is opgetreden of een microbiologische kweek van extra waarde kan zijn om de behandeling te kunnen bepalen.

Samenwerkingsafspraken

Organisatie van zorg

Leg met betrekking tot de zorg bij smetten het volgende binnen de organisatie vast:

- smetten als vast aandachtspunt in de anamnese;
- de verschillende verantwoordelijkheden en (beslissings)bevoegdheden van de betrokken disciplines;
- de zorgverlener/discipline die (eind)verantwoordelijk is voor de coördinatie van het zorgproces van de zorgvrager met (een verhoogde kans op) smetten (zorgcoördinator);
- bij wie de zorgvrager met vragen terecht kan;
- het moment, de wijze waarop en welke meer deskundigen geraadpleegd kunnen of moeten worden;
- het moment, de wijze waarop en naar wie verwijzing plaatsvindt: wie verwijst naar wie, welke specifieke overdrachtitems;
- regelmatige overlegmomenten.

Geef regelmatig (om de 2 jaar) bijscholing over smetten in de praktijk.

Neem als zorgverlener de verantwoordelijkheid in het observeren, signaleren en actie ondernemen bij een verhoogd risico op of bij smetten.

Voeren van eenduidig beleid

Ontwikkel naar aanleiding van de richtlijn een protocol voor binnen de organisatie m.b.t. het preventie en behandelbeleid bij (risico op) smetten.

Leg vast wie (eind)verantwoordelijk is voor het preventie en behandelbeleid.

Stel een zorgcoördinator bij de betreffende zorgvrager aan. Leg de gegevens van de zorgcoördinator vast in het zorgdossier.

Maak duidelijk bij wie de zorgvrager met vragen rondom zijn zorg terecht kan.

Beperk het aantal communicatielijnen tot die van eindverantwoordelijke <-> zorgcoördinator <-> overige betrokken zorgverleners.

Zorg voor een gezamenlijk en up-to-date zorg-/behandelplan, waarin de gegevens van de zorgvrager m.b.t. de zorg bij smetten in vastgelegd worden.
Stel de zorgvrager op de hoogte van dit zorg-/behandelplan.

Voer het beleid m.b.t. preventie en behandeling van smetten uit zoals afgesproken en benader bij vragen de coördinator.

Overdracht van zorg

Zorg er voor dat een overdracht *binnen een afdeling/team* de schriftelijke rapportage/overdracht minimaal de volgende informatie bevat:

Bij opname of klinische veranderingen:

- beschrijving aanwezige risicofactoren van smetten;
- beschrijving van de risicogebieden voor smetten en/of locatie van aanwezige smetten;
- bestaande afspraken rondom de preventie/behandeling van smetten;

Dagelijks:

- toegepaste interventies, frequentie, tijdstip en door wie;
- evaluatie (beschrijving van de huid, ervaring van de zorgvrager, ervaring gebruikte middelen).

Zorg er voor dat een overdracht *naar één of meerdere instellingen of afdelingen binnen een instelling* minimaal de volgende informatie bevat:

- persoonsgegevens;
- reden inzet preventieve maatregelen en/of behandeling;
- beschrijving aanwezige risicofactoren van smetten;
- risicogebieden voor smetten of locatie van smetten;
- startdatum preventieve maatregelen en/of behandeling;
- beschrijving van de preventieve maatregelen en/of behandeling (+ frequentie en tijdstip) die zijn ingezet en welke producten gebruikt zijn;
- bij (nog) aanwezige smetten, indien mogelijk, een duidelijke beschrijving van smetten volgens de indeling in de richtlijn met een uniforme beschrijving van de kenmerkende symptomen (kleur? nattende huid? fissuren? pijn?) en waar mogelijk een foto bijgevoegd;
- welke adviezen, instructies en voorlichting de zorgvrager gekregen heeft en hoe de zorgvrager hier mee omgaat;
- beschrijving van de evaluatie van de ingezette preventieve maatregelen/behandeling
- contactpersoon met telefoonnummer.

Maak gebruik van een wondregistratieformulier waarin smetten als item is opgenomen, om de uniformiteit in de beschrijving van symptomen te bevorderen.

Zorg voor een mondelinge toelichting op de overdracht.

Zorg voor een goede coördinatie van zorg om een goede overdracht van gegevens uit te kunnen voeren.

Geef zowel mondeling als schriftelijk (a.d.h.v. landelijk uniforme folder) voorlichting over smetten bij de start van het zorgproces wanneer (een risico op) smetten geconstateerd is en bij iedere verandering in risico-condities van smetten.

Geef informatie over:

- het ontstaan van smetten;
- risicofactoren;
- risicoplaatsen;
- preventie en behandeling.

Train de zorgvrager/mantelzorger, indien nodig, in de toepassing van preventie en behandeling.

Voorlichting

Geef zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting met aandacht voor:

- het inschatten van de mate waarin de zorgvrager/ mantelzorger in staat is adviezen op te volgen; pas de voorlichting hier op aan;
- afstemming op kennis- en ervaringsniveau en situatie van de zorgvrager en/of mantelzorg. Geef zo nodig stapsgewijs voorlichting;
- afstemming op de vragen van de zorgvrager;
- na afloop nagaan of de informatie goed is aangekomen bij de zorgvrager en/of mantelzorger en of de toe te passen interventies uitgevoerd kunnen worden;

- vastleggen van een evaluatiemoment waarin de gegeven voorlichting en het effect worden besproken.

De zorgverlener die verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg voor de zorgvrager moet een voorlichtingsplan opstellen met daarin benodigde interventies en door wie deze uitgevoerd moeten worden.

Implementatie**

Verminder het kennistekort door het verbeteren van de kennisverspreiding, kennisoverdracht en kennisopname via diverse kanalen.

Zorg ervoor dat de taken en verantwoordelijkheden rondom de zorg bij smetten voor alle betrokkenen duidelijk zijn.

Zorg er voor dat smetten een standaard observatiepunt in de zorg wordt.

Verminder het kennistekort door het verbeteren van de kennisverspreiding, kennisoverdracht en kennisopname via diverse kanalen.

Zorg voor een eenduidig beleid met betrekking tot de zorg bij smetten binnen de organisatie en op de afdeling.

Zorg er voor dat het onderwerp smetten onder zorgverleners, binnen de gezondheidszorg en maatschappelijk onder de aandacht gebracht wordt.

Evalueer de ingezette verbeteracties regelmatig en leg deze evaluatiemomenten van te voren vast.

** in de richtlijntekst staan bij de verschillende implementatie-aanbevelingen de benodigde verbeteracties en is tevens een tabel opgenomen waarin wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van de verbeteracties.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Smetten komt voor in alle settings van de gezondheidszorg. Uit de LPZ meting van 2010 blijkt dat 10,8 % van de onderzochte personen (n=10.564) smetten heeft. Prevalentiecijfers variëren van 6% in het algemeen ziekenhuis tot ongeveer 12% in de chronische zorg. In het ziekenhuis komt smetten met name voor op de IC-afdeling. In de chronische zorg vooral bij de verpleeghuisafdelingen. Ondanks een lichte daling van de prevalentie van smetten in de chronische zorg, blijft het een omvangrijk probleem (Halfens et al, 2010). De preventie en behandeling van smetten is nog niet adequaat. Grote verschillen in prevalentiecijfers tussen instellingen in dezelfde setting en tussen afdelingen binnen één instelling duiden er op dat de prevalentie van smetten, naast patiëntenpopulatie, wordt beïnvloed door de kwaliteit van de verleende zorg. Het is van belang dat smetten tijdig wordt onderkend, preventieve maatregelen bij de juiste personen worden toegepast en dat er op de juiste wijze wordt behandeld om onnodige kosten en leed te voorkomen.

In 2004 is door een multidisciplinaire expertgroep een richtlijn smetten ontwikkeld voor verpleegkundigen en verzorgenden. Deze richtlijn is gelegitimeerd door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Belangrijke knelpunten in de huidige zorg zijn: het niet gericht kunnen inzetten van preventieve maatregelen, problemen bij diagnostiek, onvolledige evidence over de effectiviteit van de huidige aanbevelingen, onduidelijkheid over de ziektelast en de invloed op arbeid en sociaal functioneren. Daarnaast verliep de geldigheidsduur van de richtlijn en waren er aanwijzingen dat er mogelijk nieuw onderzoek op dit terrein gekomen is, Een herziening in de vorm van een multidisciplinaire richtlijn is noodzakelijk.

1.2 Doelstelling

Deze richtlijn heeft tot doel het ontstaan van smetten in de grote huidplooien te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen en te behandelen.

1.3 Richtlijngebruikers

Deze richtlijn is bedoeld voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de preventie, diagnostiek en behandeling van zorgvragers met (risico op) smetten, zoals verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, wondconsulenten, verpleegkundig specialisten/ nurse practitioners dermatologie, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, dermatologen, ergotherapeuten en apothekers.

1.4 Definitie en afbakening

Deze richtlijn richt zich op de preventie en behandeling van smetten in de grote huidplooien. Onder grote huidplooien worden de liezen, de oksels, de bilnaad, de buikplooien en de plooien onder de borsten verstaan.

In deze richtlijn wordt uitgegaan van de volgende definitie van smetten:

Een in de grote huidplooien gelokaliseerde, oppervlakkige huidaandoening welke zich kenmerkt door altijd roodheid (erytheem) aan beide zijden van de plooi. Daarnaast kunnen een of meerdere van de volgende symptomen voorkomen: maceratie (verweking), fissuren (scheurtjes), erosies, een nattende huid of korstvorming.

1.5 Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn is van toepassing op volwassen zorgvragers die (een verhoogde) kans hebben op het ontstaan van smetten in de grote huidplooien en/of waarbij smetten in de grote huidplooien gediagnosticeerd is.

1.6 Uitgangsvragen

De centrale vraag die het uitgangspunt was voor deze richtlijn is:

‘Op welke wijze kunnen de verschillende betrokken disciplines (zie 1.3) het ontstaan van smetten in de grote huidplooien voorkomen of in zo vroeg mogelijk stadium herkennen en behandelen.’

De volgende specifieke uitgangsvragen zijn geformuleerd:

1. Welke risicofactoren zijn er voor het ontstaan van smetten?
2. Welke interventies zijn effectief, goed toepasbaar en patiëntvriendelijk in de preventie van smetten?
3. Op welke wijze kan het stellen van de diagnose smetten en de indeling naar fasen bij smetten vereenvoudigd worden? (Is onderscheid fase 1 en 2 in praktijk nodig?)
 - Op basis van welke criteria kan worden vastgesteld dat smetten geïnfecteerd is en zo ja waarmee? Is het van belang dit vast te kunnen stellen?
 - Hoe kan je onderscheid maken tussen smetten en andere huidaandoeningen die voorkomen in de grote huidplooien?
4. Welke interventies zijn effectief, goed toepasbaar en patiëntvriendelijk in de behandeling van al dan niet geïnfecteerde smetten?
 - Welke behandeling is effectief om de geur bij smetten te verminderen? Praktisch toepasbaar en patiëntvriendelijk?
 - Welke methoden zijn effectief om exsudaat op te vangen bij smetten? Praktisch toepasbaar en patiëntvriendelijk?
 - Welke behandeling is effectief bij het bestrijden van jeuk t.g.v. smetten? Praktisch toepasbaar en patiëntvriendelijk?
 - Welk antischimmelpreparaat is effectief bij geïnfecteerde smetten, wanneer wordt een antischimmelpreparaat ingezet?
5. Welke informatie moet wanneer, door wie en op welke wijze aan zorgvragers gegeven worden met betrekking tot de preventie en behandeling van smetten (voorlichting)?
6. Op welke manier kan de organisatie van de zorg rondom de zorgvrager met smetten worden geoptimaliseerd?
 - Aan welke criteria moet een overdracht bij de preventie en de behandeling van smetten voldoen om de continuïteit van zorg te waarborgen?
 - Op welke wijze kan voorkomen worden dat zorgvragers tegenstrijdige adviezen ontvangen m.b.t. preventie en behandeling van smetten? Op welke wijze kan het voeren van eenduidig beleid bevorderd worden?
7. Op welke wijze kan smetten als vast observatie- / intake-item prioriteit krijgen?
8. Op welke wijze kan het kennis- en vaardigheidsniveau m.b.t. de zorg bij smetten (risico inschatten, preventie, diagnostiek, behandeling) bevorderd en op peil gehouden worden?
9. Op welke momenten moet evaluatie van de preventieve maatregelen plaats vinden en op basis van welke criteria?
10. Op welke momenten moet evaluatie van de behandeling plaats vinden en op basis van welke criteria?

Deze uitgangsvragen zullen in de richtlijn beantwoord worden.

1.7 Methode

De methodiek die werd gebruikt voor het ontwikkelen van de richtlijn staat beschreven in het document 'Landelijke multidisciplinaire richtlijn smetten (intertrigo). Preventie en behandeling. Verantwoording.'

1.8 Onafhankelijkheid

De expertgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren vrij van financiële of zakelijke belangen betreffende het onderwerp van de richtlijn. Er waren geen conflicterende belangen. De opvattingen en belangen van de financierende instantie (ZonMw) hebben de uiteindelijke aanbevelingen niet beïnvloed. De verklaringen zijn op te vragen bij V&VN.

1.9 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar evidence based inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners dienen te voldoen om kwalitatief goede zorg te leveren. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn op basis van de individuele situatie van de zorgvrager. Soms is afwijken van de richtlijn zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd en gerapporteerd worden.

1.10 Herziening

De richtlijn is geldig voor een periode van maximaal 5 jaar. Elke 2 jaar zal middels een oriënterende search door de verantwoordelijke instanties worden getoetst of er nieuwe inzichten door onderzoek zijn ontstaan en of (delen van) de richtlijn eerder herzien moet(en) worden. Aan de huidige expertgroep zal worden gevraagd of de gevonden literatuur herziening (van de richtlijn) nodig maakt. V&VN is samen met V&VN Dermatologie verantwoordelijk voor het in gang zetten van de herziening van de richtlijn, mits daarvoor onafhankelijke financiering beschikbaar is.

2 Begripsbepaling en pathofysiologie

2.1 Begripsbepaling

De medische benaming voor smetten is intertrigo. Smetten (intertrigo) is een in de huidplooien gelokaliseerde, oppervlakkige huidaandoening welke voornamelijk voorkomt in de grote huidplooien als liezen, oksels, bilnaad, buikplooï en onder de borsten (Arndt & Bowers, 2002; Janniger et al., 2005). Aangezien ook andere huidziekten zich in de huidplooien kunnen manifesteren is het onderscheid niet altijd eenvoudig (Itin, 1989; Guitart & Woodley, 1994; Braun-Falco, 2009). Er zijn verschillende omschrijvingen van smetten in de medische literatuur en er is een overlap met andere huidziekten zoals mycosen (schimmelziekten) en secundaire bacteriële infecties.

Hoewel smetten ook in andere huidplooien dan de grote huidplooien voor kan komen beperkt deze richtlijn zich tot smetten in de grote huidplooien. De expertgroep is gekomen tot de volgende werkdefinitie van smetten:

Een in de grote huidplooien gelokaliseerde, oppervlakkige huidaandoening welke zich kenmerkt door altijd roodheid (erytheem) aan beide zijden van de plooi. Daarnaast kunnen een of meerdere van de volgende symptomen voorkomen: maceratie (verweking), fissuren, erosies, een nattende huid of korstvorming.

In de praktijk bestaat er onduidelijkheid over het onderscheiden van smetten, vochtletsel en decubitus en dan met name in het stuitgebied. De expertgroep is van mening dat smetten en vochtletsel huidaandoeningen zijn die van elkaar onderscheiden moeten worden. De expertgroep hanteert in het vervolg voor vochtletsel de diagnose incontinentie dermatitis, een huidafwijking welke het gevolg is van de inwerking van urine en/of faeces op de huid. Het klinisch aspect wisselt van rode, schilferende huid tot soms erosieve nattende gebieden. In tegenstelling tot decubitus spelen hier druk- en/of schuifkrachten geen rol, er worden dan ook geen wonden bij gezien.

2.2 Pathofysiologie van smetten

De exacte pathofysiologie van het ontstaan van smetten is niet bekend. Over het algemeen wordt echter het volgende aangenomen. Smetten ontstaat door huid-op-huid contact in de plooien, de aanwezigheid van warmte en vocht (Janniger et al., 2005; Eekhof & Neven, 2007; Selden, 2009; Draijer & Folmer, 2009) en onvoldoende luchtcirculatie (Janniger et al., 2005). Hierdoor kan maceratie (verweking) optreden. Door het verlies van de hoornlaag is de huid gevoeliger voor beschadiging en voor bacteriële of schimmelinfecties (van Vloten et al., 2000).

3 Diagnostiek bij smetten

Aangezien de verwachting was dat er niet veel over het onderwerp smetten gepubliceerd is, heeft de review zich niet op 'diagnostiek' gericht. Het hoofdstuk 'diagnostiek' wordt daarom niet onderbouwd vanuit de reviewresultaten.

Voor beantwoording van de uitgangsvragen met betrekking tot de diagnostiek is gebruik gemaakt van door de praktijk geaccepteerde documenten als de NHG-standaard dermatomycosen (2009), de Farmacotherapeutische richtlijn 'intertrigo' (Draijer & Folmer, 2006), een dermatologisch handboek (van Vloten et al., 2000), het online dermatologisch handboek E-medicine-dermatology en referenties die in deze documenten gebruikt zijn. Vervolgens is dit aangevuld met de mening van de experts.

3.1 Welke risicofactoren zijn er voor het ontstaan van smetten?

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van smetten. Daarnaast blijkt het risico op smetten toe te nemen met de leeftijd en met de volgende condities: obesitas, verminderde mobiliteit, verhoogde lichaamstemperatuur, een vochtige huid ten gevolge van transpireren of incontinentie (Mistiaen et al., 2003) en diabetes (Janniger et al., 2005; Selden, 2009).

Conclusie

| | |
|-----------------|--|
| Niveau 3 | De volgende personen hebben een verhoogd risico op het ontstaan van smetten: <ul style="list-style-type: none">• vrouwen;• ouderen;• personen met de volgende risicocondities:<ul style="list-style-type: none">○ obesitas;○ verminderde mobiliteit;○ verhoogde lichaamstemperatuur;○ vochtige huid ten gevolge van transpireren of incontinentie. C Mistiaen et al. (2003) |
| Niveau 4 | Personen met diabetes hebben een verhoogde kans op het ontstaan van smetten. D Janniger et al. (2005); Selden (2009) |

Overige overwegingen

Als aanvulling op de in § 3.1. genoemde condities geeft de expertgroep aan dat in de praktijk blijkt dat personen die bekend zijn met een verminderde weerstand (als gevolg van bijvoorbeeld een chemokuur) ook een verhoogd risico hebben op het ontstaan van smetten.

De expertgroep is van mening dat personen die beperkt zijn in hun ADL, een verhoogde kans hebben op het ontstaan van smetten. Door beperkingen in de ADL bestaat de kans dat huidplooien onvoldoende gedroogd (kunnen) worden. Daarnaast zijn zij van mening dat ook personen die tekortschieten in de persoonlijke hygiëne en personen die eerder smetten hebben gehad een verhoogde kans hebben op het ontstaan van smetten.

Aanbevelingen

Ga na welke van de volgende risicofactoren er zijn voor het ontstaan van smetten:

- vrouwelijk geslacht
- gevorderde leeftijd
- obesitas
- verminderde mobiliteit

- verhoogde lichaamstemperatuur
- vochtige huid (a.g.v. transpireren en/of incontinentie)
- diabetes
- verminderde weerstand (bijv. a.g.v. chemokuur)
- beperkingen in de ADL/ tekortschietende persoonlijke hygiëne
- eerdere smetten

3.2. Op welke wijze kan de diagnose smetten gesteld worden?

De diagnose smetten kan alleen gesteld worden op basis van het klinisch beeld (Janniger et.al., 2005, Draijer & Folmer, 2006). Dit klinisch beeld bestaat uit (glanzende) roodheid (erytheem) van de huid. Deze roodheid zie je altijd, aan beide zijden van de plooi (spiegelvorming). Ook worden er maceratie (verweking), erosies, een nattende huid (exsudaatvorming) en fissuren (scheurtjes) waargenomen. Soms is er sprake van korstvorming (Braun-Falco, 2000; Van Vloten et al., 2000; Mistiaen et.al., 2004; Janniger et al., 2005; Selden, 2009) .

Klachten zijn jeuk, branderigheid, pijn (Braun-Falco, 2000; Mistiaen et.al., 2004; Selden, 2009) en soms een onaangename geur (Van Vloten et al., 2000; Janniger et al., 2005).

Het stellen van de diagnose smetten kan lastig zijn doordat er verschillende huidaandoeningen met (deels) vergelijkbare symptomen zijn, die ook in de (grote) huidplooien voorkomen. Intertrigo moet worden gedifferentieerd van primaire schimmelinfectie, seborroisch eczeem, psoriasis (inversa) en erytrasma (van Vloten et al., 2000, van Puijenbroek et.al., 2009). Een primaire schimmelinfectie heeft een scherp begrensde schilferende rand. Bij seborroisch eczeem is er ook sprake van de huidafwijkingen op specifieke kenmerkende plaatsen als onder andere de hoofdhuid, baardstreek, wenkbrauwen, gehoorschelpen en -gangen. Bij psoriasis zie je rood schilferende, scherpe begrensde plekken op voorkeursplaatsen zoals de knieën, ellebogen en de hoofdhuid. Bij psoriasis in de plooien ontbreekt de schilfering vaak. Erytrasma heeft een bruinere kleur en een lichte diffuse schilfering (van Vloten et al., 2000).

Het afnemen van een huidbiopt heeft voor het stellen van de diagnose smetten geen meerwaarde aangezien het weefsel bij smetten geen specifieke histologische eigenschappen vertoont (Janniger et al., 2005).

Conclusie

| | |
|-----------------|---|
| Niveau 4 | <p>De diagnose smetten kan alleen gesteld worden op basis van het klinisch beeld. Het afnemen van een huidbiopt heeft geen meerwaarde voor het stellen van de diagnose smetten.</p> <p>Bij de diagnose smetten kunnen de volgende symptomen voorkomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>altijd</u> (glanzende) roodheid,(erytheem) van de huid aan beide zijden van de plooi; <p>Daarnaast kunnen een of meerdere van onderstaande objectieve symptomen en ervaren klachten voorkomen:</p> <p><i>Objectieve symptomen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - maceratie (verweking) - erosies - nattende huid (exsudaat vorming) - fissuren |
|-----------------|---|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - korstvorming <p><i>Ervaren klachten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - jeuk - pijn - branderigheid - onaangename geur <p>Er bestaan verschillende huidaandoeningen met (deels) vergelijkbare klinische verschijnselen als bij smetten die ook in de grote huidplooien voorkomen zoals primaire schimmelinfectie, seborroisch eczeem, psoriasis (inversa) en erytrasma.</p> <p>D Braun-Falco, 2000; van Vloten et al., 2000; Mistiaen et. al., 2004; Janniger et.al., 2005; Draijer & Folmer, 2006; van Puijenbroek et.al., 2009; Selden, 2009;</p> |
|--|---|

Overige overwegingen

Smetten kan onderscheiden worden van andere huidaandoeningen in de grote huidplooien doordat smetten specifiek gelokaliseerd is in de huidplooien. Bij overige huidaandoeningen die ook voorkomen in de grote huidplooien is er meestal ook sprake van huidafwijkingen op andere delen van het lichaam of is er een herkenbare oorzaak zoals druk bij decubitus en de inwerking van urine en/of faeces bij incontinentie dermatitis.

De expertgroep is van mening dat het belangrijk is extra aandacht te hebben voor de mogelijkheid van het tegelijkertijd voorkomen van smetten en decubitus en van smetten en incontinentie dermatitis.

In geval van twijfel of indien de zorgvrager bekend is met een huidaandoening dient een meer deskundige geraadpleegd te worden. Een meer deskundige is een dermatologie verpleegkundige of verpleegkundig specialist, wondconsulent, huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een dermatoloog.

De expertgroep is van mening dat binnen de anamnese aandacht moet zijn voor de eerder beschreven risicofactoren.

De expertgroep concludeert dat er een groot gebrek is aan onderzoek naar de pathofysiologie van smetten.

Aanbevelingen

Stel de diagnose smetten aan de hand van het voorkomen van de klinische verschijnselen (objectieve symptomen en ervaren klachten):

- altijd (glanzende) roodheid (erytheem) van de huid aan beide zijden van de plooi.

Daarnaast kunnen de volgende objectieve symptomen en ervaren klachten voorkomen:

Objectieve symptomen:

- maceratie (verweking).
- erosies
- nattende huid (exsudaat vorming)
- fissuren
- korstvorming

Ervaren klachten:

- jeuk
- pijn
- branderigheid
- onaangename geur

Stel vast of er sprake kan zijn van een andere huidafwijking dan smetten namelijk wanneer:
 er ook sprake is van een huidafwijking op andere lichaamsdelen;
 er sprake is van druk ter hoogte van de huidafwijking (mogelijkheid van decubitus);
 er sprake is van de inwerking van urine en/of faeces (mogelijkheid van incontinentie dermatitis).

Heb extra aandacht voor de mogelijkheid van het tegelijkertijd voorkomen van smetten en decubitus en van smetten en incontinentie dermatitis.

Raadpleeg in het geval van een mogelijke andere huidaandoening of bij twijfel een meer deskundige.

Er moet onderzoek plaatsvinden naar de pathofysiologie van smetten.

3.3 Op basis van welke criteria kan worden vastgesteld dat smetten is geïnfecteerd en zo ja waarmee? Is het van belang dit vast te kunnen stellen?

Symptomen schimmel- of bacteriële infectie

Smetplekken kunnen door verweking met als gevolg het verlies van de hoornlaag van de huid, gevoelig zijn voor infectie met schimmels, gisten of bacteriën (van Vloten et al., 2000). De aanwezigheid van pustels (puistjes) en geel/groen exsudaat vormen een aanwijzing voor de aanwezigheid van een infectie (van Vloten et al., 2000; Selden, 2009). Daarnaast zijn symptomen die kenmerkend zijn voor een schimmel- of bacteriële infectie: randschilfering en satelliet laesies ('eilandjes voor de kust') of een huid die felrood wordt, gaat pussen of geuren (van Vloten et al., 2000; Draijer en Folmer, 2006).

Aanvullend onderzoek

Om te bepalen of er sprake is van geïnfecteerde smetten kunnen de volgende laboratoriumonderzoeken uitgevoerd worden om een juiste diagnose te stellen:

- KOH preparaat
- bacteriologische of schimmelkweek

(Janniger et al., 2005; van Puijenbroek et.al., 2009)

Conclusie

| | |
|-----------------|--|
| Niveau 4 | <p>Geïnfecteerde smetten kenmerkt zich door een of meer van de volgende symptomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pustels (puistjes) - natten - geel/groen exsudaat - randschilfering - satelliet laesies ('eilandjes voor de kust') - felrode huid - pus |
|-----------------|--|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - korstvorming - onaangename geur <p>Laboratoriumonderzoeken kunnen uitgevoerd worden om een juiste diagnose te stellen bij 'geïnfecteerde' smetten .</p> <p>D Van Vloten et al., 2000; Draijer & Folmer, 2006; Janniger et al., 2005; Van Puijenbroek et.al., 2009</p> |
|--|--|

Overige overwegingen

De expertgroep is van mening dat het voor het bepalen van de behandeling van belang is dat door een deskundige wordt vastgesteld of er sprake is van geïnfecteerde smetten. Deze kan hiervoor gebruik maken van een bacteriologische of een schimmelkweek. De expertgroep is echter van mening dat eerst overwogen moet worden of de uitkomst van een kweek meerwaarde heeft voor de behandeling van de zorgvrager aangezien een laboratoriumonderzoek hoge kosten met zich meebrengt en het wachten op de uitslag kan zorgen voor uitstel van de behandeling en belastend kan zijn voor een zorgvrager.

Aanbevelingen

Stel vast of er sprake is van geïnfecteerde smetten aan de hand van het voorkomen van een of meerdere van de volgende klinische verschijnselen van geïnfecteerde smetten:

- pustels (puistjes)
- natten
- geel/groen exsudaat
- randschilfering
- satelliet laesies ('eilandjes voor de kust')
- felrode huid
- pus
- korstvorming
- onaangename geur

Overweeg de noodzaak en het nut van differentiaal diagnostiek met behulp van een kweek voor het bepalen van de benodigde behandeling van geïnfecteerde smetten. Neem in de overweging de kosten van dit laboratoriumonderzoek,, uitstel van behandeling en de belasting voor de zorgvrager mee.

3.4 Op welke wijze kan de huidige indeling in fasen bij smetten vereenvoudigd worden?

Er is geen literatuur gevonden waarin smetten wordt ingedeeld in fasen.

Conclusie

De indeling van smetten naar fasen is niet onderzocht

Overige overwegingen

De expertgroep is van mening dat smetten ingedeeld kan worden in 3 verschijningsvormen. Deze verschijningsvormen zijn niet perse opvolgend. Dit wil zeggen dat de ontwikkeling van smetten niet progressief hoeft te verlopen.

De expertgroep heeft smetten als volgt ingedeeld:

Smetten

Kenmerkt zich door een licht rode, intacte huid tot een felrode, glanzende, intacte huid. De zorgvrager kan klagen over jeuk en een schrijnend/branderig gevoel.

Smetten met een nattende huid

Kenmerkt zich door een felrode, nattende en kapotte (erosieve) huid en verweking (maceratie). De zorgvrager kan klagen over jeuk en een schrijnend/branderig gevoel. Er kan een scherpe rode wondlijn (fissuur) zichtbaar zijn op de breuklijn van de ene helft van de huidplooi en de andere helft.

Smetten met een geïnfecteerde huid

Naast de kenmerken van smetten zoals hiervoor beschreven kunnen een of meerdere van de volgende klinische verschijnselen zichtbaar zijn: pustels (puistjes), natten, geel/groen exsudaat, randschilfering, satelliet laesies ('eilandjes voor de kust'), felrode huid, pus, korstvorming en een onaangename geur (paragraaf 3.2.).

De expertgroep is van mening dat elke zorgverlener die betrokken is bij de ADL aandacht moet hebben voor de aanwezigheid van smetten of geïnfecteerde smetten en bij (een vermoeden op) smetten een of meerdere van de volgende acties moet ondernemen:

- nagaan bij de zorgvrager of er eerder sprake is geweest van smetten, in welke verschijningsvorm en hoe dit behandeld is
- het raadplegen van een meer deskundige voor advies en/of
- het inschakelen van een behandelaar voor het stellen van de diagnose en zo nodig starten van een behandeling en/of
- het stellen van de diagnose en het starten van een behandeling (indien men daar toe bevoegd is).

Aanbevelingen

Deel smetten in naar verschijningsvorm:

- smetten
- smetten met een nattende huid
- smetten met een geïnfecteerde huid

Elke zorgverlener die betrokken is bij de ADL moet aandacht hebben voor de aanwezigheid van smetten en onderneemt een of meerdere van de volgende acties bij (een vermoeden op) smetten:

- nagaan bij de zorgvrager of er eerder sprake van smetten is geweest, in welke verschijningsvorm en hoe dit behandeld is
- raadpleeg een meer deskundige voor advies en/of
- schakel een behandelaar in voor het stellen van de diagnose en zo nodig starten van een behandeling en/of
- stel de diagnose en start een behandeling (indien men daar toe bevoegd is).

4 Preventie maatregelen

4.1 Welke interventies zijn effectief, goed toepasbaar en patiëntvriendelijk in de preventie van smetten?

Vanuit de review zijn geen studies gevonden die zich richten op de preventie van smetten (Mistiaen & Van Halm-Walters, 2009).

De aanbevelingen met betrekking tot preventieve maatregelen zijn gebaseerd op expertervaringen en consensus.

Toe te passen interventies preventieve maatregelen

De expertgroep is van mening dat in de anamnese aandacht besteed moet worden aan de risicofactoren van smetten (zie paragraaf 3.1). De aanwezigheid van een of meer aanwezige risicofactoren kan zorgen voor een verhoogd risico op smetten. De expertgroep is van mening dat het moeilijk te bepalen is wanneer er daadwerkelijk sprake is van een verhoogd risico en geeft aan dat het belangrijk is dit aan de hand van de aanwezige risicofactoren per zorgvrager te beoordelen. Wanneer er sprake is van een verhoogd risico moeten preventieve maatregelen ingezet worden.

De expertgroep is van mening dat bij de ADL betrokken zorgverleners blijvend aandacht moeten besteden aan de preventie van smetten.

De expertgroep gaat bij de preventie van smetten uit van de volgende principes, die gebaseerd zijn op de risicofactoren, die toepasbaar en patiëntvriendelijk zijn en waar van wordt aangenomen dat ze een rol spelen bij het ontstaan van smetten:

- Het informeren en adviseren van de zorgvrager zodat deze zelfstandig preventieve maatregelen kan nemen. Het plannen van een 'officieel' moment van voorlichting wordt aanbevolen.
- Het dagelijks verzorgen van de huid. Onder deze dagelijkse huidzorg wordt verstaan het dagelijks wassen en goed (deppend) drogen van de huidplooien, het wassen met weinig of geen zeep (parfumvrij) en het goed afspoelen van de zeepresten, het dagelijks observeren van de huid in de huidplooien en bij incontinentie direct verschonen, wassen en drogen;
- Het voorkomen van overmatig transpireren door het dragen van ademende kleding en het verlagen van de omgevingstemperatuur;
- Het voorkomen van huid-op-huid contact door bijv. het aanbrengen van scheurlinnen, non-woven gaas of Engels pluksel (geruwde zijde¹) in de huidplooien en het dragen van ondersteunende kleding;
- Het droog houden van de huidplooien door het gebruik van katoenen (niet synthetisch) beddengoed en het dragen van katoenen of ademende kleding, het aanbrengen van scheurlinnen, non-woven gaas of Engels pluksel (geruwde zijde) in de huidplooien en het dun aanbrengen en inkloppen van Zinkoxidesmeersel FNA² (aanbrengen en inkloppen met een gaasje, waarbij de huid door het dunne laagje heen zichtbaar moet blijven).

¹ de geruwde zijde is absorberend waardoor vocht kan worden opgenomen; de geruwde zijde moet tegen de huid gelegd worden.

² Zinkoxide FNA heeft een samenstelling van 60% zinkoxide in 40% arachide-olie en wordt ook wel zinkolie genoemd.

- Of gebruik, in plaats van Zinkoxidesmeersel FNA, een alcoholvrij barrièreproduct (vanwege het vermogen huidplooiën ten opzichte van elkaar te laten glijden, in plaats van te schuren). Het barrièreproduct moet goed drogen.

Vervang scheurlinnen, non-woven gaas of Engels pluksel wanneer dit vochtig wordt, maar in ieder geval minimaal tweemaal daags.

De expertgroep is van mening dat het gebruik van middelen als een barrièreproduct of Zinkoxidesmeersel FNA afhankelijk is van de persoonlijke voorkeur. Zinkoxidesmeersel FNA wordt gebruikt als men gebruik wil maken van het indrogende en beschermende vermogen. Een barrièreproduct kan worden gebruikt wanneer men naast het beschermende vermogen gebruik wil maken van het glijdend vermogen.

Een ergotherapeut kan ingeschakeld worden bij:

- zorgvragers met een verhoogd risico op smetten (zie paragraaf 3.1) die moeite hebben met de ADL en/of het uitvoeren van de preventieve maatregelen; de ergotherapeut kan adviseren over manieren van handelen of het eventueel gebruik van hulpmiddelen. Hierdoor kan men zelfstandig het ontstaan van smetten voorkomen en is inzet van een zorgverlener slechts gedurende een korte periode nodig.
- zorgvragers met contracturen waardoor de dagelijkse huidzorg bemoeilijkt wordt en hierdoor het risico op smetten vergroot wordt (zoals bij het ontstaan van extra huidplooiën). De ergotherapeut kan adviseren over een andere manier van handelen of het gebruik van hulpmiddelen om de dagelijkse huidzorg te verbeteren en/of huid-op-huid contact te voorkomen of te verminderen.

Af te raden interventies

De expertgroep raadt af om voor het droog houden van de huidplooiën poeders, pasta's of zinkzalf aan te brengen of om gebruik te maken van een föhn.

Het gebruik van poeders wordt afgeraden vanwege mogelijke klontering.

Het gebruik van pasta wordt afgeraden omdat het moeilijk aan te brengen en te verwijderen is, vanwege het aankoekende aspect en omdat de huid slecht te observeren is onder een pasta.

Het gebruik van zinkzalf wordt afgeraden omdat die de huid afsluit.

Een föhn om de huid droog te blazen wordt afgeraden vanwege het verbrandingsrisico en de kans op teveel uitdrogen.

De expertgroep is zich er van bewust dat bij personen die veel transpireren (hyperhidrosis) voorgestelde maatregelen om te zorgen voor een droge huid onvoldoende kunnen zijn en raden aan deze personen door te verwijzen naar de huisarts of dermatoloog voor (doorverwijzing voor) een specifieke behandeling.

Aanbevelingen

Besteed in de anamnese aandacht aan de risicofactoren van smetten (zie paragraaf 3.1). Beoordeel bij een of meer aanwezige risicofactoren of er sprake is van een verhoogd risico. Zet bij een verhoogd risico preventieve maatregelen in.

Besteed als bij de ADL betrokken zorgverlener blijvend aandacht aan de preventie van smetten. Geef in een gepland gesprek over de preventie van smetten en altijd tijdens het toepassen van preventieve maatregelen informatie en advies over:

- het toepassen van dagelijkse huidzorg
- het voorkomen van overmatig transpireren
- het voorkomen van huid-op-huid contact
- het droog houden van huidplooiën

Pas dagelijkse huidzorg toe door:

- Het dagelijks wassen en goed (deppend) drogen van de huidplooien
- Het gebruik van weinig of geen zeep (parfumvrij) en het goed afspoelen van zeepresten
- Het dagelijks observeren van de huid in de huidplooien
- Bij incontinentie direct te verschonen, te wassen en te drogen

Voorkom overmatig transpireren door:

- Te zorgen voor een koele omgeving door:
 - Het verlagen van de omgevingstemperatuur
- Het dragen van ademende kleding

Voorkom huid-op-huid contact door:

- Het dragen van ondersteunende kleding:
 - Goedsluitend, niet knellend ondergoed (bijvoorbeeld met pijpjes) voor zowel mannen als vrouwen; bij voorkeur geen string
 - Een katoenen BH; eventueel eerst een katoenen hemd of T-shirt aantrekken en daaroverheen de BH
 - Suspensoir (= drager voor de balzak) bij mannen
 - Katoenen pyjamabroek in plaats van nachtpon
- Het tussen de huidplooien aanbrengen van één van de volgende materialen:
 - Scheurlinnen
 - Non-woven gaas
 - Engels plukselDeze materialen worden vervangen als ze vochtig worden of in ieder geval minimaal twee maal daags.

Houd de huidplooien droog door middel van:

- Het gebruik van katoenen beddengoed
- Het dragen van absorberende kleding
- Het aanbrengen van één van de volgende materialen tussen de huidplooien:
 - Scheurlinnen
 - Non-woven gaas
 - Engels pluksel (leg de geruwde (=absorberende) zijde op de huid)
- De toepassing van één van de volgende lokale middelen:
 - Zinkoxidesmeersel FNA, dun aanbrengen en inkloppen (huid moet zichtbaar blijven). Óf gebruik in plaats hiervan een barrièreproduct (alcoholvrij) vanwege het vermogen huidplooien langs elkaar te laten glijden.
- Gebruik geen poeders vanwege de kans op klontering
- Gebruik geen pasta's, omdat het moeilijk aan te brengen en te verwijderen is, vanwege het aankloekende aspect en omdat de huid slecht te observeren is onder een pasta.
- Gebruik geen zinkzalf, vanwege de kans op het afsluiten van de huid
- Maak geen gebruik van apparatuur (zoals een föhn) om de huid droog te blazen wegens de kans op verbranding en uitdroging van de huid.

Schakel een ergotherapeut in:

- wanneer men ADL-beperkt is en/of moeite heeft preventieve maatregelen zelfstandig uit te voeren.
- bij contracturen waardoor de uitvoering van de ADL bemoeilijkt wordt en/of er meer huidplooien ontstaan met verhoogde kans op smetten.

Een ergotherapeut kan adviseren over de manier van handelen of het gebruik van hulpmiddelen.

4.2 Wanneer moet gestart worden met preventieve maatregelen?

Op basis van de systematische review kan geen uitspraak worden gedaan wanneer gestart moet worden met maatregel(en) ter preventie van smetten. De aanbevelingen zijn gebaseerd op expertmeningen en consensus.

Bij de start van het zorgproces en bij iedere verandering in de aanwezigheid van condities die een verhoogd risico op smetten met zich meebrengen (zie paragraaf 4.1), moet gestart worden met het toepassen van preventieve maatregelen en hier moet voortdurend aandacht voor blijven bestaan.

Aanbevelingen

Start preventieve maatregelen bij iedereen die lichamelijke verzorging van een zorgverlener ontvangt en een verhoogd risico heeft op het ontstaan van smetten.

4.3 Op welke momenten moet evaluatie van de preventieve maatregelen plaatsvinden en op basis van welke criteria?

Op basis van de systematische review kan geen uitspraak worden gedaan over de momenten waarop en de criteria waarmee de preventie van smetten geëvalueerd moet worden. De aanbevelingen zijn gebaseerd op expertmening en consensus.

De expertgroep is van mening dat preventieve maatregelen dagelijks geëvalueerd moeten worden. De evaluatie kan worden uitgevoerd door de betrokken zorgverlener of de zorgvrager zelf en gerapporteerd in het dossier van de zorgvrager.

De expertgroep is van mening dat de preventieve maatregelen geëvalueerd moeten worden op basis van het al dan niet optreden van symptomen van smetten (zie paragraaf 3.1 en 3.2). Wanneer ondanks het inzetten van preventieve maatregelen toch een of meerdere van de symptomen van smetten optreden (zie Diagnostiek), is het van belang bij twijfel een meer deskundige in te schakelen of een behandeling te starten op basis van de verschijnselen indien men daartoe bevoegd is. (zie Behandeling).

Aanbevelingen

Evalueer de preventieve maatregelen dagelijks. Dit wordt uitgevoerd door degene die de preventieve maatregelen toepast (de zorgverlener of de zorgvrager zelf). Als verandering optreedt

wordt dit door de zorgverlener gerapporteerd in het dossier van de zorgvrager.
Evalueer de preventieve maatregelen op basis van het al dan niet optreden van de symptomen zoals beschreven in de paragrafen 3.2 en 3.3.

Wanneer ondanks preventieve maatregelen toch smetten ontstaat of hier een vermoeden van is, onderneem dan een of meerdere van de volgende acties:

- raadpleeg bij twijfel een meer deskundige of start een behandeling op basis van de verschijnselen (indien men daar toe bevoegd is).

5 Behandeling

5.1 Welke interventies zijn effectief in de behandeling van smetten?

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor het beantwoorden van de vraag naar de effectiviteit van interventies is een systematische review uitgevoerd.

De 68 geïncludeerde studies waren overwegend van zeer lage methodologische kwaliteit, waardoor er een grote kans is op vertekening van de resultaten. Van de 68 studies waren er slechts zestien vergelijkend van aard en slechts vier studies betroffen randomized clinical trials. In zes studies werd een vergelijking gemaakt met een placebo-interventie. De onderzoekspopulaties waren meestal klein (mediaan: 21, gemiddelde: 52.7)

Er is gekeken naar vier uitkomstmaten namelijk: mate van genezing, vermindering van geur, exsudaat en jeuk. Deze laatste drie uitkomstmaten zijn samengevoegd tot 'vermindering van symptoomlast'. In bijlage 3 van het document 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording.' vindt u de volledige review, hieronder vindt u een korte samenvatting per uitkomstmaat en per therapeutische interventie.

Mate van genezing

Antischimmelpreparaten

In 25 kleine studies was het antischimmelpreparaat als zelfstandige interventie herkenbaar, waarbij tien studies vergelijkend waren. Er werd een vergelijking gemaakt hetzij met hetzelfde preparaat in een andere toedieningsvorm, hetzij met een andere therapeutische interventie, en ook met een placebo. Drie van de tien vergelijkende studies gebruikten een verdeling over de groepen op basis van randomisatie. Vanuit deze kleine studies zijn er aanwijzingen dat een antischimmelpreparaat werkt bij met schimmel geïnfecteerde smetten en mogelijk beter is dan een placebo. Er is geen preparaat duidelijk beter dan een ander. Ook is een bepaalde toedieningsvorm niet beter dan een andere. (zie verder tabel 3 + 4 in bijlage 3 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording.')

Behandeling met corticosteroiden

In vier kleine studies was een lokaal corticosteroid als zelfstandige interventie herkenbaar. Hiervan was één vergelijkende studie waarin een corticosteroid werd vergeleken met een combinatiepreparaat van hydrocortison en miconazol; de vergelijking gebruikte een verdeling over de groepen op basis van randomisatie. Op basis van deze studies zijn er aanwijzingen dat corticosteroiden werken. Een studie suggereert dat hydrocortison even werkzaam is als de combinatie van hydrocortison + miconazol. (zie verder tabel 5 in bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording.')

Behandeling met antibiotica

Er zijn geen studies gevonden waarin smetten alleen met een antibiotica werd behandeld. (zie Bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording', pag. 43)

Behandeling met antiseptica

In een kleine studie werd een antisepticum als zelfstandige interventie toegepast. Het betreft een studie waarin eosine vergeleken werd met cicalfate bij 49 patiënten met een aandoening van de grote huidplooien. De verdeling over de groepen is niet tot stand gekomen via randomisatie. Uit deze kleine studie lijkt eosine het minder goed te doen dan cicalfate. (zie Bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording', pag. 43)

Behandeling met een combinatiepreparaat

In 18 studies is een lokaal combinatiepreparaat bestudeerd. Vier ervan waren vergelijkende studies, zonder randomisatie. Twee vergeleken een combinatiepreparaat met een ander combinatiepreparaat, 1 met een antischimmelpreparaat en 1 met een corticosteroïd. Op basis van deze kleine studies met een zwak onderzoeksdesign lijken combinatiepreparaten te werken. (zie verder tabel 6, bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording')

Placebo-interventies

Binnen zes kleine vergelijkende studies ontving een van de onderzoeksgroepen een placebo-interventie. Binnen twee van deze vergelijkende studies werd gerandomiseerd. In 5 studies betrof de placebo-interventie de crème of zalf die ook als basis werd gebruikt voor de vergelijkende interventie waarin aan die crème of zalf een therapeutisch middel werd toegevoegd. In de andere studie betrof het normale hygiënische zorg. Het valt op dat de placebogroep ook beter wordt (zie verder bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording', pag. 45).

Chirurgische interventies

Er zijn vijftien niet vergelijkende studies van redelijke omvang waarin borstverkleinende chirurgie is toegepast bij vrouwen met grote borsten die last hadden van smetten onder de borsten. De studies wijzen allen in dezelfde richting namelijk dat een borstverkleinende operatie mogelijk een effectieve interventie is voor de behandeling van smetten. (zie verder zie verder bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording', pag. 45 +46).

Overige behandelingen

Onder 'overige behandelingen' vallen de studies waarvan de interventie niet onder te brengen was in een van de vorige vormen. (zie verder zie verder bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording', pag. 46).

Vermindering van symptoomlast

In 26 studies zijn de (secundaire) uitkomstmaten als vermindering van symptomen of symptoomlast onderzocht. De onderzochte symptomen betroffen onder andere roodheid, exsudaat, pijn of jeuk. In alle gevallen betrof het metingen met niet-gevalideerde zelfontworpen meetinstrumenten. Bijna alle studies laten gunstige 'effecten' zien als het gaat om de vermindering van symptomen of symptoomlast. (zie verder zie verder bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording', pag. 46 +47).

Conclusie

| | |
|-----------------|---|
| Niveau 2 | De onderzochte <i>antimycotica</i> amphotericine, nystatine, candidicin, pimaricin, ketoconazol, miconazol, bifonazol, clotrimazol, econazol, clotrixoxazol, tioconazol, fluconazol, fluorocytosin, dibenzthieen en buclosamide <u>lijken</u> effectiever te zijn bij de genezing van geïnfecteerde smetten en werken mogelijk beter dan een placebo. B Engel (1965); Gip (1966); Alteras (1969); Gisslen (1974); Schwartz (1975); Scherwitz (1977); Miura (1979); Cullen (1984); Nozickova (1998) C zie bijlage 3 , tabel 4 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording' |
|-----------------|---|

| | |
|-----------------|--|
| Niveau 3 | Smetten onder de borsten neemt substantieel af na <i>borstverkleinende chirurgie</i> . C zie bijlage 3 zie verder zie verder bijlage 3 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling, Verantwoording', pag. 45 + 46pag. |
| Niveau 4 | Gezien het beperkte aantal vergelijkende onderzoeken, beperkingen in de methodologische kwaliteit en kleine onderzoekspopulaties kunnen er geen conclusies getrokken worden over de werkzaamheid van <i>corticosteroiden, antibiotica, antiseptica, combinatiepreparaten en overige behandelingen</i> voor de behandeling van smetten. D Expertmening |

Overige overwegingen

Behandeling

De expertgroep is van mening dat de behandeling van *smetten met een geïnfecteerde huid* bepaald moet worden door een deskundige. Aangezien schimmelinfecties het meeste voorkomen is de expertgroep van mening dat de behandeling van smetten met een geïnfecteerde huid met een combinatiepreparaat zoals zinkoxidesmeersel FNA met een antischimmelpreparaat uit de groep imidazolderivaten (bijv. Miconazol-Zinkoxidesmeersel 2% FNA en Clotrimazol-Zinkoxidesmeersel 1% FNA, verkrijgbaar via apotheek) aangewezen lijkt. Er is onvoldoende bewijs om aan te geven welk antischimmelpreparaat het meest geschikt is voor smetten, mede omdat dit afhankelijk is van het type schimmel of gist. De expertgroep volgt hierin het advies vanuit de NHG-standaard dermatomycosen (2009) waarin een imidazolderivaat (miconazol, ketoconazol) wordt aanbevolen bij candida-infecties, 1-2 x daags, waarbij dit tot ongeveer 2 cm buiten het aangedane huidgedeelte wordt aangebracht. Echter bij gebruik van orale antistollingsmiddelen (cumarinederivaten) wordt een behandeling met miconazol afgeraden. Deze middelen versterken namelijk het effect van orale antistollingsmiddelen. Hierdoor neemt de stollingstijd toe. Ook bij cutaan gebruik van miconazol zijn ernstige INR-stijgingen gemeld. Als alternatief beveelt de expertgroep het antischimmelpreparaat clotrimazol aan (Standaard Afhandeling cumarine-interacties, Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT), 2010). Het cutane antischimmelpreparaat ketoconazol kan ook als alternatief voor miconazol gebruikt worden. (Geneesmiddel Informatie Centrum KNMP, december 2010) De expertgroep beveelt aan (combinatiepreparaten van) corticosteroiden alleen in opdracht van een arts toe te passen.

De keuze voor de toedieningsvorm van een antischimmelpreparaat moet worden bepaald door de huidtoestand. Aangezien bij smetten de huid meestal geïrriteerd of vochtig is, verdient een crème de voorkeur. Een antischimmelpreparaat in poedervorm moet niet gebruikt worden bij smetten vanwege het risico op klontvorming.

De expertgroep adviseert de bijsluiter te raadplegen met betrekking tot de duur van de behandeling en om te voorkomen dat men te vroeg stopt met de behandeling van een antischimmelpreparaat zodra de huid genezen is. De expertgroep raadt een onderhoudsdosering af.

De expertgroep adviseert als er na twee weken behandeling geen resultaat is te overwegen of een kweek van extra waarde kan zijn om verdere behandeling te kunnen bepalen.

Aangezien vijftien vrij grote studies met voor- en nameting allemaal in dezelfde richting wijzen, namelijk een substantiële afname van smetten onder de borsten na een borstverkleinende operatie, is de expertgroep van mening dat er enige grond is om te stellen dat een borstverkleinende operatie overwogen kan worden om smetten te behandelen bij vrouwen die

hinder ondervinden van grote borsten en tevens van chronisch onbehandelbare smetten onder de borsten.

De expertgroep merkt op dat op basis van de review geen uitspraken gedaan kunnen worden over de behandeling van smetten zonder nattende of geïnfecteerde huid of smetten met een nattende huid.

De expertgroep is van mening dat evenals bij de preventie van smetten er voor de behandeling uitgegaan moet worden van de algemene principes waarvan wordt aangenomen dat deze een rol spelen bij het ontstaan van smetten (zie hoofdstuk 2). Daarnaast is men van mening dat het geven van informatie en advies, dagelijkse huidzorg, en het consulteren van meer deskundigen van belang is.

De expertgroep is van mening dat het belang van dagelijkse goede huidzorg ondersteund wordt door de reviewresultaten, omdat bleek dat veel patiënten uit de placebogroepen ook genazen van smetten.

De expertgroep is van mening dat smetten het best behandeld kan worden met de toepassing van één of meerdere preventieve maatregelen (zie hoofdstuk 4 Preventieve Maatregelen), minimaal 2x daags. Wanneer er sprake is van een felrode, glanzende huid moet deze behandeld worden met een dunne laag Zinkoxidesmeersel FNA (60% zinkoxide in 40% arachide-olie) (oude zinkresten eerst verwijderen met zoete olie) of een barrièreproduct. Raadpleeg voor de frequentie van gebruik van een barrièreproduct de bijsluiter, dit blijft namelijk langer op de huid zitten dan Zinkoxidesmeersel FNA..

De expertgroep is van mening dat smetten met een nattende huid het best behandeld kan worden door het intensiveren van de eerder genoemde preventieve maatregelen naar minimaal 3x daags, het dun aanbrengen van Zinkoxidesmeersel FNA (60% zinkoxide in 40% arachide-olie) en eventueel het toepassen van een antischimmelpreparaat. Een antischimmelpreparaat en Zinkoxidesmeersel FNA (60% zinkoxide in 40% arachide-olie) kunnen, achtereenvolgens aangebracht worden. Eerst (dun) het antischimmelpreparaat en daarna het zinkoxidesmeersel. Voor elke nieuwe toepassing dient de huid met olie schoongemaakt en deppend gedroogd te worden. De expertgroep adviseert echter gebruik te maken van kant en klare FNA-combinatiepreparaten door de apotheek gemaakt (bijv. Miconazol-Zinkoxidesmeersel 2% FNA en Clotrimazol-Zinkoxidesmeersel 1% FNA).

De expertgroep raadt het gebruik van een barrièreproduct af bij smetten met een nattende huid aangezien een barrièreproduct niet op een nattende huid hecht. Een barrièreproduct kan wel gebruikt worden om de (droge) huid rondom de smetplek te beschermen tegen inwerking van vocht.

Bestudeer bij elk nieuw gebruik van een product de bijsluiter van te voren.

De expertgroep verwacht dat door de behandeling van smetten de onaangename geur, het exsudaat en de jeuk zullen verminderen en verdwijnen. De expertgroep adviseert absorberend niet-verklevend wondverband om overmatig exsudaat bij smetten te beheersen als eerder genoemde maatregelen niet afdoende blijken te zijn.

Ernstige smetten kan de participatie en het dagelijks functioneren beïnvloeden. De expertgroep is van mening dat hier bij de behandeling aandacht voor moet zijn en adviseert in het geval dat smetten een belemmering vormt met betrekking tot de participatie of het dagelijks functioneren, afhankelijk van de problematiek een zorgverlener in te schakelen zoals bijvoorbeeld een ergotherapeut, een maatschappelijk werkende of een bedrijfsarts voor advies of begeleiding..

Er zijn veel middelen door zowel zorgvragers als zorgverleners in gebruik waarover men zeer tevreden is, maar waarvan de effectiviteit nog niet middels onderzoek bewezen is. De expertgroep is van mening dat er meer onderzoek nodig is naar de behandeling van smetten.

Hierbij adviseert de expertgroep om eerst veel gebruikte middelen waarover zorgvragers en zorgverleners tevreden zijn te onderzoeken.

Evaluatie van de behandeling

De expertgroep is van mening dat de behandeling van smetten op dag 3, dag 7 en dag 14 na de start van de behandeling geëvalueerd moet worden. Bij twijfel moet de behandeling met een deskundige geëvalueerd worden. De behandeling van smetten met een geïnfecteerde huid moet altijd met een deskundige geëvalueerd worden. Een deskundige is een dermatologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist, een wondconsulent, een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een dermatoloog. Daarnaast is de expertgroep van mening dat evaluatie moet plaatsvinden aan de hand van objectieve symptomen en ervaren klachten (zie § 4.2 en § 4.3).

De expertgroep is van mening dat wanneer na 14 dagen van behandeling geen verbetering is opgetreden overwogen moet worden of een kweek van extra waarde kan zijn om de verdere behandeling te kunnen bepalen.

Wanneer de klachten tijdens de behandeling verergeren moet de verschijningsvorm van smetten opnieuw beoordeeld worden om daar zo nodig de behandeling op aan te passen.

Aanbevelingen

Geef informatie en advies over preventie en behandeling van smetten.

Behandeling van smetten:

Behandel smetten als volgt:

- één of meerdere preventieve maatregelen, minimaal 2x daags
- bij een fel rode, glanzende huid minimaal 2x daags met , Zinkoxidesmeersel FNA dun aangebracht (z.n. eerst zinkresten van een vorige behandeling verwijderen met zoete olie) óf een barrièreproduct (raadpleeg voor de frequentie van gebruik van het barrièreproduct de bijsluiter)
- raadpleeg bij twijfel een meer deskundige

Behandel smetten met een nattende huid als volgt

- intensivering van de preventieve maatregelen, minimaal 3x daags
- Zinkoxidesmeersel FNA, dun aangebracht (zo nodig eerst zinkresten van een vorige behandeling verwijderen met zoete olie)
- maak géén gebruik van een barrièreproduct op een nattende huid (hecht niet)
- breng eventueel lokaal een antischimmelpreparaat aan
- raadpleeg (bij twijfel) een meer deskundige

Behandel smetten met een geïnfecteerde huid als volgt:

- consulteer een deskundige
- intensivering van de preventieve maatregelen, minimaal 3x daags
- een combinatiepreparaat van zinkoxidesmeersel FNA met een antischimmelpreparaat uit de groep imidazolderivaten (bijv. Miconazol-Zinkoxidesmeersel 2% FNA en Clotrimazol-Zinkoxidesmeersel 1% FNA, verkrijgbaar via apotheek)
óf
Een antischimmelpreparaat en Zinkoxidesmeersel FNA achtereenvolgens aangebracht. Eerst (dun) het antischimmelpreparaat (uit de groep imidazolderivaten, zoals miconazol, clotrimazol of ketoconazol, 1-2 x daags, tot 2cm buiten het aangedane huidgedeelte) en daarna het zinkoxidesmeersel (dun aangebracht, zo nodig eerst zinkresten van een vorige behandeling verwijderen met olie).
- gebruik miconazol niet gelijktijdig met een oraal antistollingsmiddel

- maak geen gebruik van een barrièreproduct op een nattende huid (hecht niet)
- gebruik (combinatiepreparaten met) corticosteroïden alleen in opdracht van een arts

Raadpleeg de bijsluiter met betrekking tot de benodigde duur van de behandeling met een antischimmelpreparaat. Zet geen onderhoudsdosering in.

Overweeg of een kweek van extra waarde kan zijn om verdere behandeling te kunnen bepalen als er na twee weken behandeling geen resultaat is.

Maak bij overmatig exsudaat gebruik van absorberend, niet-verklevend verband.

Gebruik een barrièreproduct bij nattende smetplekken alleen ter bescherming van de droge omliggende huid.

Overweeg een borstverkleinende operatie bij vrouwen die hinder ondervinden van grote borsten en tevens van chronisch onbehandelbare smetten onder de borsten.

Besteed aandacht aan de invloed van smetten op de participatie en het dagelijks functioneren. Schakel, afhankelijk van de problematiek, een andere zorgverlener in voor advies of begeleiding zoals bijvoorbeeld een ergotherapeut, een maatschappelijk werkende of een bedrijfsarts.

Evaluatie

- Evalueer de behandeling op dag 3, 7 en 14 na het starten van de behandeling.
- Evalueer de behandeling bij twijfel en altijd bij smetten met een geïnfecteerde huid, samen met een deskundige.
- Stel, wanneer de klachten verergeren tijdens de behandeling, opnieuw vast om welke verschijningsvorm van smetten het gaat en pas zo nodig de behandeling aan.
- Overweeg wanneer er na 14 dagen van behandeling geen verbetering is opgetreden of kweek van extra waarde kan zijn om de behandeling te kunnen bepalen.

De expertgroep is van mening dat er meer onderzoek nodig is naar de behandeling van smetten en adviseert om eerst veel gebruikte middelen waarover men tevreden is te onderzoeken.

6 Samenwerkingsafspraken

6.1 Inleiding

Rondom de zorg bij smetten blijkt uit de knelpuntanalyse (bijlage 1 in 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling. Verantwoording') dat de afstemming en de samenwerking tussen de verschillende betrokken hulpverleners/organisaties niet optimaal is.

Binnen deze richtlijn is aandacht voor het verbeteren van de multidisciplinaire zorg door het formuleren van samenwerkingsafspraken in de vorm van concrete aanbevelingen voor de praktijk.

6.2 Doel

Het doel van de multidisciplinaire samenwerkingsafspraken is het verbeteren en optimaliseren van de organisatie van zorg bij smetten, rekening houdend met de verschillende taken en verantwoordelijkheden van de betrokken disciplines.

6.3 Werkwijze

De ervaren knelpunten zijn leidraad geweest voor het formuleren van een aantal specifieke uitgangsvragen met betrekking tot de samenwerking.

Deze vragen zijn:

1. Op welke wijze kan de organisatie van de zorg rondom de zorgvrager met smetten worden geoptimaliseerd (verantwoordelijkheden, (beslissings-)bevoegdheden, samenwerkingsafspraken, consultatie, verwijzing, coördinatie)?
2. Op welke wijze kan eenduidig beleid bevorderd worden (voorkomen tegenstrijdige adviezen, criteria overdracht)?
3. Welke informatie moet wanneer, door wie en op welke wijze aan zorgvragers gegeven worden met betrekking tot de preventie en behandeling van smetten (voorlichting)?

Deze uitgangsvragen worden hieronder uitgewerkt.

Het kan voorkomen dat er disciplines/functies beschreven worden die mogelijk in de verschillende organisaties anders benoemd worden of niet bestaan. Het is dan van belang te bepalen welke discipline of functie binnen de eigen organisatie de verantwoordelijkheid of uitvoering van een taak op zich neemt.

6.4 Op welke wijze kan de organisatie van de zorg rondom de zorgvrager met smetten worden geoptimaliseerd?

De expertgroep is van mening dat voor de organisatie van zorg rondom smetten binnen een organisatie³ de volgende zaken vastgelegd moeten worden:

- *smetten als vast aandachtspunt in de anamnese.*

In de anamnese moet speciale aandacht zijn voor de aanwezigheid van smetten, voor de risicofactoren van smetten en bij bestaande smetten voor de locatie en de verschijningsvorm (zie ook Optimaliseren overdracht).

³ Wanneer er gesproken wordt over 'organisatie' dan wordt hier voor de huisarts de thuiszorgorganisatie mee bedoeld. (red.)

- *de verschillende verantwoordelijkheden en (beslissings)bevoegdheden van de betrokken disciplines.*

Het moet duidelijk zijn welke disciplines betrokken zijn bij de zorg voor smetten en wie (eind)verantwoordelijk is voor de preventie en behandeling van smetten. Tevens is het belangrijk duidelijk te hebben wie bevoegd is om preventieve maatregelen of hulpmiddelen in te zetten en wie het behandelbeleid bepaalt.

- *de persoon/discipline die verantwoordelijk is voor de coördinatie van het zorgproces van de zorgvrager met (een verhoogde kans op) smetten (zorgcoördinator).*

Een zorgcoördinator kan voorkomen dat werkzaamheden overlappen, zorgen voor een goede overdracht van informatie op het juiste moment, andere professionals inschakelen en zorgen voor een heldere communicatie met betrekking tot de zorg bij smetten (Poot et al., 2008).

- *bij wie de zorgvrager met vragen terecht kan ('Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', 2010).*
- *welke deskundigen geraadpleegd kunnen/moeten worden en het moment en de wijze waarop dit moet gebeuren.*
- *naar wie doorverwezen kan of moet worden en het moment en de wijze waarop verwijzing plaatsvindt: wie verwijst naar wie, en wat zijn specifieke overdracht-items?*

Het is belangrijk om op de hoogte te zijn van de gebruikte 'route' in de verwijzing van zorgvragers, wie verwijst naar wie. Daarnaast moet duidelijk zijn welke specifieke overdracht-items vereist zijn om de zorg bij een verwijzing goed over te dragen.

- *regelmatige overlegmomenten tussen de bij de zorg betrokken zorgverleners.*

Regelmatige overlegmomenten zijn nodig om de multidisciplinair verleende zorg af te stemmen en te evalueren.

De expertgroep is van mening dat het kennisniveau van de betrokken zorgverleners een belangrijk aandachtspunt is als het gaat om het optimaliseren van de zorg bij smetten. Regelmatige bijscholing in de praktijk kunnen bijdragen aan het onderhouden van het kennisniveau en het onder de aandacht brengen en houden van de zorg rondom smetten. Daarnaast is het een vereiste dat iedere zorgverlener zijn verantwoordelijkheid in de zorg voor smetten kent en neemt. Hiermee wordt bedoeld de verantwoordelijkheid in het observeren en signaleren en actie ondernemen bij een verhoogd risico op of bij smetten.

Aanbevelingen

Leg met betrekking tot de zorg bij smetten het volgende binnen de organisatie vast:

- smetten als vast aandachtspunt in de anamnese;
- de verschillende verantwoordelijkheden en (beslissings)bevoegdheden van de betrokken disciplines;
- de zorgverlener/discipline die (eind)verantwoordelijk is voor de coördinatie van het zorgproces van de zorgvrager met (een verhoogde kans op) smetten (zorgcoördinator);
- bij wie de zorgvrager met vragen terecht kan;
- het moment, de wijze waarop en welke meer deskundigen geraadpleegd kunnen of moeten worden;
- het moment, de wijze waarop en naar wie verwijzing plaatsvindt: wie verwijst naar wie, welke specifieke overdrachtitems;
- regelmatige overlegmomenten.

Geef regelmatig (om de 2 jaar) bijscholing over smetten in de praktijk.

Neem als zorgverlener de verantwoordelijkheid in het observeren, signaleren en actie ondernemen bij een verhoogd risico op of bij smetten.

6.5 Op welke wijze kan het uitvoeren van eenduidig beleid bevorderd worden?

Zorgvragers krijgen over het algemeen te maken met verschillende zorgverleners in hun verzorging of behandeling. Wanneer deze zorgverleners niet op één lijn staan als het gaat om de preventie of behandeling van smetten, ontvangt de zorgvrager tegenstrijdige adviezen.

De expertgroep is van mening dat het belangrijk is aan de hand van de richtlijn per organisatie een protocol te ontwikkelen waarin de richtlijn vertaald wordt naar die specifieke praktijk. Op deze wijze wordt het gehanteerde beleid vastgelegd en is het voor elke zorgverlener inzichtelijk. Om het uitvoeren van eenduidig beleid te bevorderen is het belangrijk vast te stellen en vast te leggen wie inhoudelijk (eind)verantwoordelijk is voor het beleid rondom preventie en behandeling van smetten, wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de zorgvrager (zorgcoördinator) en bij wie de zorgvrager met vragen rondom zijn zorg terecht kan (Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 2010). De zorgcoördinator kan als tussenpersoon fungeren tussen de betrokken zorgverleners en de (eind)verantwoordelijke. Het aanspreekpunt is voor iedereen helder en er is een beperkt aantal communicatielijnen ((eind)verantwoordelijke < – > zorgcoördinator < – > overige betrokken zorgverleners). Leg de gegevens van de zorgcoördinator vast in het zorgdossier.

De expertgroep is daarnaast van mening dat het de verantwoordelijkheid is van iedere zorgverlener om het beleid, zoals bepaald door de (eind)verantwoordelijke, op te volgen en uit te dragen naar de zorgvrager of bij vragen de zorgcoördinator te benaderen. Hiervoor is een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan van de zorgvrager een belangrijke voorwaarde (Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 2010), waarbij het tevens van belang is dat de zorgvrager op de hoogte gesteld wordt van dit zorg-/behandelplan. Beleid dat niet eenduidig wordt uitgevoerd en/of uitgedragen kan veel onzekerheid bij de zorgvrager teweeg brengen en dit moet voorkomen worden.

Het uitvoeren van eenduidig beleid kan ook bevorderd worden door zorg te dragen voor goede overdracht van zorg.

Binnen de gezondheidszorg krijgt men te maken met zowel mondelinge als schriftelijke overdracht van de bij de zorgvrager verleende zorg.

Om de continuïteit in de zorg optimaal te waarborgen is schriftelijke vastlegging van gegevens in het zorgdossier een vereiste. Bij de zorg rondom preventie en behandeling van smetten moet elke zorgverlener direct uit het zorgdossier op kunnen maken wat de stand van zaken is.

Wanneer er sprake is van overdracht van zorg *binnen een afdeling/team* moet de schriftelijke rapportage (c.q. overdracht) minimaal aan de volgende criteria voldoen:

Bij opname of klinische verandering:

- beschrijving aanwezige risicofactoren van smetten
- beschrijving van de risicogebieden voor smetten en/of locatie van aanwezige smetten;
- de bestaande afspraken rondom de preventie/behandeling van smetten;

Dagelijks:

- de toegepaste interventies, frequentie, tijdstip en door wie;
- dagelijkse evaluatie (beschrijving van de huid, ervaring van de zorgvrager, ervaring gebruikte middelen).

Een overdracht *naar één of meerdere instellingen* (bijv. van ziekenhuis naar thuiszorg, van ziekenhuis naar huisarts, van thuiszorg naar verpleeghuis, van huisarts naar thuiszorg etc.) of *afdelingen binnen een instelling* moet ten minste de volgende informatie bevatten:

- persoonsgegevens;
- reden inzet preventieve maatregelen en/of behandeling;
- beschrijving aanwezige risicofactoren van smetten;
- risicogebieden voor smetten of locatie van smetten;
- startdatum preventieve maatregelen en/of behandeling;
- beschrijving van de preventieve maatregelen en/of behandeling (+ frequentie en tijdstip) die zijn ingezet en welke producten gebruikt zijn;
- bij (nog) aanwezige smetten, indien mogelijk, een duidelijke beschrijving van smetten volgens de indeling in de richtlijn met een uniforme beschrijving van de kenmerkende symptomen (kleur? nattende huid? fissuren? pijn?) en waar mogelijk een foto bijgevoegd met een meetlint naast de aangedane huid zodat de uitgebreidheid juist geïnterpreteerd kan worden;
- welke adviezen, instructies en voorlichting de zorgvrager gekregen heeft en hoe de zorgvrager hier mee omgaat;
- een beschrijving van de evaluatie van de ingezette preventieve maatregelen/behandeling;
- een contactpersoon met telefoonnummer die informatie kan geven over de geleverde zorg rondom smetten bij de betreffende zorgvrager.

De expertgroep is van mening dat uniform taalgebruik met betrekking tot de beschrijving van de symptomen van smetten bevorderd kan en moet worden door het gebruik van een wondregistratieformulier waarin ook smetten als item is opgenomen.

De expertgroep is van mening dat een mondelinge toelichting na de schriftelijke overdracht bijdraagt aan het optimaliseren van de continuïteit van zorg. In bijvoorbeeld een telefonische contact kan gevraagd worden of de zorg bij smetten voldoende duidelijk is omschreven en is er nog de gelegenheid om vragen te kunnen stellen.

De expertgroep is van mening dat een goede overdracht van zorg alleen mogelijk is als ook de coördinatie van zorg goed geregeld is.

Aanbevelingen

Ontwikkel naar aanleiding van de richtlijn een protocol voor binnen de organisatie m.b.t. het preventie en behandelbeleid bij (risico op) smetten.

Leg vast wie (eind)verantwoordelijk is voor het preventie en behandelbeleid.

Stel een zorgcoördinator bij de betreffende zorgvrager aan. Leg de gegevens van de zorgcoördinator vast in het zorgdossier.

Maak duidelijk bij wie de zorgvrager met vragen rondom zijn zorg terecht kan.

Beperk het aantal communicatielijnen tot die van eindverantwoordelijke <-> zorgcoördinator <-> overige betrokken zorgverleners.

Zorg voor een gezamenlijk en up-to-date zorg-/behandelplan, waarin de gegevens van de zorgvrager m.b.t. de zorg bij smetten in vastgelegd worden.

Stel de zorgvrager op de hoogte van dit zorg-/behandelplan.

Voer het beleid m.b.t. preventie en behandeling van smetten uit zoals afgesproken en benader bij vragen de coördinator.

Zorg er voor dat een overdracht *binnen een afdeling/team* de schriftelijke rapportage/overdracht minimaal de volgende informatie bevat:

Bij opname of klinische veranderingen:

- beschrijving aanwezige risicofactoren van smetten;
- beschrijving van de risicogebieden voor smetten en/of locatie van aanwezige smetten;
- bestaande afspraken rondom de preventie/behandeling van smetten;

Dagelijks:

- toegepaste interventies, frequentie, tijdstip en door wie;
- evaluatie (beschrijving van de huid, ervaring van de zorgvrager, ervaring gebruikte middelen).

Zorg er voor dat een overdracht *naar één of meerdere instellingen of afdelingen binnen een instelling* minimaal de volgende informatie bevat:

- persoonsgegevens;
- reden inzet preventieve maatregelen en/of behandeling;
- beschrijving aanwezige risicofactoren van smetten;
- risicogebieden voor smetten of locatie van smetten;
- startdatum preventieve maatregelen en/of behandeling;
- beschrijving van de preventieve maatregelen en/of behandeling (+ frequentie en tijdstip) die zijn ingezet en welke producten gebruikt zijn;
- bij (nog) aanwezige smetten, indien mogelijk, een duidelijke beschrijving van smetten volgens de indeling in de richtlijn met een uniforme beschrijving van de kenmerkende symptomen (kleur? nattende huid? fissuren? pijn?) en waar mogelijk een foto bijgevoegd;
- welke adviezen, instructies en voorlichting de zorgvrager gekregen heeft en hoe de zorgvrager hier mee omgaat;
- beschrijving van de evaluatie van de ingezette preventieve maatregelen/behandeling
- contactpersoon met telefoonnummer.

Maak gebruik van een wondregistratieformulier waarin smetten als item is opgenomen, om de uniformiteit in de beschrijving van symptomen te bevorderen.

Zorg voor een mondelinge toelichting op de overdracht.

Zorg voor een goede coördinatie van zorg om een goede overdracht van gegevens uit te kunnen voeren.

6.6 Welke informatie moet wanneer, door wie en op welke wijze aan zorgvragers gegeven worden met betrekking tot de preventie en behandeling van smetten (voorlichting)?

Wanneer voorlichting?

De expertgroep is van mening dat bij de start van het zorgproces bij iedere zorgvrager waarbij (een risico op) smetten geconstateerd wordt voorlichting moet worden gegeven over de preventie en/of behandeling. (voor risico-condities zie 'Diagnostiek')

Daarnaast moet er bij iedere verandering in risico-condities aandacht zijn voor de benodigde voorlichting.

Welke informatie?

De expertgroep is van mening dat binnen het voorlichtingsbeleid het voorkómen van (verergering van) smetten centraal zou moeten staan.

De volgende informatie dient gegeven te worden:

- beschrijven van ontstaansoorzaken van smetten;
- benoemen risicofactoren;
- benoemen risicoplatsen;
- benoemen toe te passen preventieve of behandelmaatregelen (zoals beschreven in 'preventieve maatregelen' en 'behandeling') en de achtergrond van deze maatregelen (NVVA, 2003).

Als het gaat om het toepassen van preventieve en/of behandelmaatregelen is het van belang dat dit ook daadwerkelijk getraind wordt met de zorgvrager en/of mantelzorger.

Wijze van voorlichting

De expertgroep is van mening dat de voorlichting bij voorkeur zowel mondeling als schriftelijk (met behulp van een landelijk uniforme folder) gegeven moet worden (SALODE, 2003) en dat er aandacht moet zijn voor de volgende aspecten:

- begin met het maken van een inschatting van de mate waarin de zorgvrager/mantelzorger in staat is de adviezen op te volgen en pas daar de voorlichting op aan (NVVA, 2003);
- de voorlichting wordt afgestemd op het kennis- en ervaringsniveau en de situatie van de zorgvrager en/of de mantelzorg. Zo nodig wordt de voorlichting stapsgewijs gegeven;
- de voorlichting wordt afgestemd op de vragen van de zorgvrager. (LESA decubitus, 2004);
- na de voorlichting wordt nagegaan of de informatie goed is aangekomen bij de zorgvrager en/of mantelzorger en of de toe te passen interventies uitgevoerd kunnen worden;
- er wordt een evaluatiemoment vastgelegd met de zorgvrager waarin de gegeven voorlichting en het effect er van worden besproken.

Door wie?

Iedere zorgverlener die betrokken is bij het zorgproces van een zorgvrager, waarbij smetten of het risico op smetten geconstateerd is, dient voorlichting te geven over de preventie en/of behandeling.

Daarbij is het wel van belang dat er afstemming plaatsvindt tussen de verschillende betrokken zorgverleners zodat een ieder op de hoogte is van de stand van zaken met betrekking tot de voorlichting en de nog benodigde interventies.

De expertgroep is van mening dat de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg voor de betreffende zorgvrager zorg moet dragen voor een voorlichtingsplan met daar in beschreven de benodigde interventies en door wie deze uitgevoerd moeten worden.

Aanbevelingen

Geef zowel mondeling als schriftelijk (a.d.h.v. landelijk uniforme folder) voorlichting over smetten bij de start van het zorgproces wanneer (een risico op) smetten geconstateerd is en bij iedere verandering in risico-condities van smetten.
Geef informatie over:

- het ontstaan van smetten;
- risicofactoren;
- risicoplaatsen;
- preventie en behandeling

Train de zorgvrager/mantelzorger, indien nodig, in de toepassing van preventie en behandeling.

Geef zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting met aandacht voor:

- het inschatten van de mate waarin de zorgvrager/ mantelzorger in staat is adviezen op te volgen; pas de voorlichting hier op aan;
- afstemming op kennis- en ervaringsniveau en situatie van de zorgvrager en/of mantelzorg. Geef zo nodig stapsgewijs voorlichting;
- afstemming op de vragen van de zorgvrager;
- na afloop nagaan of de informatie goed is aangekomen bij de zorgvrager en/of mantelzorger en of de toe te passen interventies uitgevoerd kunnen worden;
- vastleggen van een evaluatiemoment waarin de gegeven voorlichting en het effect worden besproken.

De zorgverlener die verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg voor de zorgvrager moet een voorlichtingsplan opstellen met daarin benodigde interventies en door wie deze uitgevoerd moeten worden.

7 Implementatie

7.1 Inleiding

Om te zorgen voor een goede implementatie van de herziene richtlijn Smetten is het van belang al tijdens het ontwikkelproces rekening te houden met de implementatie (Grol & Wensing, 2006). Implementatie van een richtlijn moet gezien worden als een veranderproces met verschillende fasen en waarin beïnvloedende factoren een belangrijke rol spelen bij de keuze van de verbeteractiviteiten. Rogers (1995) beschrijft de fasen van het veranderproces als volgt:

1. de oriëntatiefase, waarin men zich bewust is van en op de hoogte is van de vernieuwing. Men heeft interesse en voelt zich betrokken.
2. de inzichtfase: waarin men kennis en begrip heeft van de vernieuwing en inzicht in de eigen werkwijze
3. de acceptatiefase: waarin er sprake is van een positieve houding ten opzichte van de vernieuwing, men gemotiveerd is, de intentie er is om te veranderen en het besluit wordt genomen te veranderen.
4. de fase van verandering: waarin de vernieuwing wordt ingevoerd binnen de praktijk en men bevestigd krijgt dat het nut heeft.
5. de fase van behoud: waarin de vernieuwing wordt geïntegreerd in de eigen routines en verankerd binnen de organisatie.

Binnen al deze fasen kunnen zich knelpunten voordoen, die om gerichte actie vragen. Onderzoek toont aan dat factoren die een goede implementatie belemmeren op verschillende niveaus liggen, namelijk op dat van het individu (zorgvrager/zorgverlener), het zorgverlenersteam, de organisatie en op het maatschappelijk niveau (Grol & Grimshaw, 2003). Dit hoofdstuk richt zich op het beschrijven van voorwaarden voor een goede implementatie van de richtlijn Smetten.

De implementatiewerkgroep heeft zich gericht op de volgende vijf beïnvloedende factoren die als meest belangrijke naar voren kwamen:

1. moeilijk om gewoontes/ een cultuur te doorbreken
2. gebrek aan continuïteit van zorgverleners
3. kennistekort
4. ontbreken van eenduidig beleid
5. onvoldoende aandacht voor het onderwerp smetten.

Aan de hand van deze vijf beïnvloedende factoren heeft de implementatiewerkgroep aanbevelingen en verbeteracties geformuleerd om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

7.2 Aanbevelingen voor verbeteracties ter bevordering van een goede implementatie

1. Moeilijk om gewoontes/ een cultuur in de zorg te doorbreken

1.1 Aanbeveling

Verminder het kennistekort door het verbeteren van de kennisverspreiding, kennisoverdracht en

kennisopname via diverse kanalen.

Verbeteracties:

De benodigde verbeteractiviteiten naar aanleiding van deze aanbeveling zullen onder 3. kennistekort beschreven worden.

1.2 Gebrek aan continuïteit van zorgverleners

2.1 Aanbeveling

Zorg er voor dat de taken en verantwoordelijkheden rondom de zorg bij smetten voor alle betrokkenen duidelijk zijn.

2.1.1 Verbeteracties:

Niveau zorgverlener

- Zorg er voor dat aandachtvelders voldoende tijd krijgen om hun rol binnen de afdeling vorm te geven en te vervullen.
- Stimuleer en faciliteer dat zorgverleners de verantwoordelijkheid nemen elkaar aan te spreken op het gedrag/handelen en zorg er voor dat dit geaccepteerd wordt binnen het team.

Niveau team

- De taken en verantwoordelijkheden binnen het team op het gebied van de zorg bij smetten moeten duidelijk gecommuniceerd worden binnen het team en vastgelegd worden (bijv. m.b.v. een stroomschema).

Niveau organisatie

- Stel aandachtvelders binnen de organisatie aan, die als taak hebben kennistoepassing in de praktijk en kennisoverdracht naar de overige collega's. Zij worden op het gebied van de zorg voor smetten aangestuurd door de verpleegkundig specialist dermatologie/wondconsulent.
- Leg de rol en positie van de verpleegkundig specialist/wondconsulent binnen de organisatie vast en geef hen de bevoegdheid om aandachtvelders/zorgverleners inhoudelijk aan te kunnen sturen in de zorg voor smetten.
- Creëer binnen de organisatie een algemeen bewustzijn over het belang van goede zorg voor smetten.

Niveau beroepsorganisatie

- Zorg er voor dat de verpleegkundig specialisten dermatologie/wondconsulenten de verantwoordelijkheid krijgen en nemen om het onderwerp smetten zowel binnen de organisatie als landelijk onder de aandacht te brengen en te houden en te zorgen voor kennisoverdracht.

2.2 Aanbeveling

Zorg er voor dat smetten een standaard observatiepunt in de zorg wordt.

2.2.1 Verbeteracties:

Niveau zorgverlener/team

- Zorg er voor dat de zorg bij smetten structureel vastgelegd wordt in het zorgdossier en dat het een bespreekpunt wordt tijdens overdrachtmomenten.
- Betrek, indien mogelijk, de zorgvrager zelf in de observatie van smetten; ondersteun de zorgvrager hierbij, maar geef ook eigen verantwoordelijkheid.
- Zorg voor een goede overdracht van de zorg bij smetten tussen de verschillende organisaties (ziekenhuis-thuiszorg/huisarts, verpleeghuis-ziekenhuis etc.).

Niveau organisatie

- Neem 'smetten' op in het zorgdossier als vast item in de anamnese en in de overdrachtformulieren, onder 'huidafwijkingen'.

3. Kennistekort

Aanbeveling

Verminder het kennistekort door het verbeteren van de kennisverspreiding, kennisoverdracht en kennisopname via diverse kanalen.

3.1.1 Verbeteracties:

Patiëntniveau

- Maak gebruik van verschillende soorten media om het onderwerp maatschappelijk meer onder de aandacht te krijgen zoals artikelen in veel gelezen tijdschriften (bijv. Libelle) en posters bijv. bij de huisarts of in gezondheidscentra.
- Vergroot de kennis en creëer bewustzijn bij zorgvragers door naast het geven van mondelinge voorlichting ook patiëntfolders beschikbaar te stellen, waarin risicogroepen worden beschreven. Daarnaast moet in folders voor risicogroepen (bijv. diabetes mellitus, obesitas) verwezen worden naar de folder over smetten.
- Besteed in de voorlichting aandacht aan wat smetten is, hoe het er uitziet, dat het te behandelen is, wat de gevolgen zijn, wat men zelf kan doen, wat men niet moet doen. Zorg er voor dat de informatie visueel inzichtelijk is.
- Neem in het protocol/de standaard op dat er een folder uitgereikt moet worden aan de zorgvrager met (risico op) smetten.
- Besteed aandacht aan het onderwerp in de cursus 'ziekenverzorging thuis' van de thuiszorg.

Niveau zorgverlener/team

- Besteed binnen de organisatie aandacht aan het belang van een goede ADL-zorg.
- Creëer bewustzijn op de afdeling met betrekking tot het belang van goede zorg bij smetten zodat de zorg bij smetten als een gezamenlijke verantwoordelijkheid gevoeld wordt. Betrek hierbij de personen die gedreven zijn goede zorg bij smetten te bevorderen.
- Zorg er voor dat zorgverleners patiëntenvoorlichting geven over de preventie en behandeling van smetten.
- Train zorgverleners in goede communicatietechnieken om goede patiëntenvoorlichting te kunnen geven.

- Besteed aandacht aan het onderwerp smetten in veel gelezen vakbladen. Betrek beroepsverenigingen voor het leveren van commentaar bij de betreffende artikelen.
- Faciliteer en organiseer regelmatig multidisciplinaire casusbesprekingen binnen de teams.

Organisatieniveau

- Zorg voor een opleidingsbeleid waarin een regelmatig terugkerende scholing (om de 2 jaar) m.b.t. tot smetten, afgestemd op de verschillende niveaus, met een praktijktoets, accreditatie en casusbesprekingen 'on the job' opgenomen zijn. Neem beeldmateriaal in de scholing op.
- Zorg er voor dat er informatie over smetten en een instellingsprotocol Smetten beschikbaar is (o.a. via intranet). Het protocol moet kort en eenvoudig zijn en voorzien zijn van beeldmateriaal (foto's).
- Breng dit instellingsprotocol onder de aandacht door bijv. het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten of via de nieuwsbrief.
- Zorg er voor dat bij elke zorgverlener bekend is waar het protocol te vinden is.

Niveau opleidingen

- Breng de noodzaak van scholing op het gebied van smetten onder de aandacht bij de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).
- Stuur de MBO- en HBO-raad de richtlijn als studiemateriaal toe.
- Neem het onderwerp smetten op in de opleidingscurricula (ROC's en HBO-V's, artsenopleidingen, opleiding verpleegkundig specialist dermatologie en wondconsulenten), en besteed uitgebreid aandacht aan het onderwerp binnen deze opleidingen.

Niveau beroepsorganisaties

- Zorg er voor dat verpleegkundig specialisten dermatologie/wondconsulenten verantwoordelijkheid krijgen en nemen in de zorg voor kennisoverdracht naar zorgverleners en het bevorderen van de aandacht voor het onderwerp binnen de organisatie en landelijk.

4. Ontbreken van eenduidig beleid

4.1. Aanbeveling:

Zorg voor een eenduidig beleid met betrekking tot de zorg bij smetten binnen de organisatie en op de afdeling.

4.1.1 Verbeteracties:

Niveau zorgverlener/team

- Verwijs in het zorgdossier, indien van toepassing, naar het protocol Smetten.
- Leg vast hoe binnen het multidisciplinaire team de verschillende verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorg bij smetten zijn verdeeld (bijv. in een stroomschema).
- Zorg voor een cultuur waarin het elkaar aanspreken op het gedrag/handelen mogelijk is.

Organisatieniveau

- Zorg er voor dat verpleegkundig specialisten dermatologie/wond-decubitusverpleegkundigen en aandachtvelders een duidelijke positie krijgen binnen de organisatie en afdelingen met een heldere taak- en functieomschrijving.
- Zorg er voor dat aandachtvelders voldoende tijd krijgen om hun taak uit te kunnen voeren.
- Zorg er voor dat er een protocol Smetten beschikbaar is.
- Pas bestaande protocollen/standaarden aan aan de herziene versie van de richtlijn.
- Stel hulpmiddelen zoals een zakprotocol beschikbaar.
- Evalueer de implementatie van de herziene richtlijn m.b.v. de ontwikkelde indicatoren.

Niveau beroepsorganisaties

- Organiseer een landelijk startmoment: een moment waarop alle beroepsorganisaties op de hoogte zijn van de herziene richtlijn (bijv. door het benaderen van alle beroepsverenigingen) en gezamenlijk en tegelijkertijd het gebruik van de herziene versie van de richtlijn oppakken. Betrek tevens de opleidingen hierbij.

5. Onvoldoende aandacht voor het onderwerp smetten

5.1. Aanbeveling

Zorg er voor dat het onderwerp smetten onder zorgverleners, binnen de gezondheidszorg en maatschappelijk onder de aandacht gebracht wordt.

5.1.1 Verbeteracties:

Niveau zorgverlener

- Schrijf artikelen over smetten die opgenomen kunnen worden in populaire vakbladen, in de taal van de verschillende beroepsgroepen, maar met dezelfde boodschap en in hetzelfde format.
- Maak gebruik van grote landelijke congressen waarin het onderwerp smetten geïntegreerd wordt.

Organisatieniveau

- Verzamel data binnen de organisatie m.b.t. smetten en zorg er voor dat de verzamelde data beschikbaar zijn voor de afdelingen zodat 'het probleem' en de verbeteringen in de zorg inzichtelijk worden. Maak hierbij bijvoorbeeld gebruik van de indicatoren in de richtlijn.
- Er ontwikkelen zich steeds meer georganiseerde afdelingen en centra met expertise op het gebied van wonden. Zorg er voor dat binnen deze centra ook expertise op het gebied van smetten een duidelijke plaats krijgt.

Niveau beroepsorganisaties

- Besteed binnen de WCS, V&VN Dermatologie en V&VN Wondconsulenten aandacht aan het onderwerp smetten.
- Voer meer wetenschappelijk onderzoek uit naar smetten. Wetenschappelijke onderbouwing is met name ook voor artsen erg belangrijk. LPZ-metingen kunnen cijfermateriaal bieden om het belang van wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen en onderzoek te kunnen starten.
- Stel een wetenschappelijk fonds beschikbaar waarmee data verzameld, interventies ontwikkeld en resultaten vastgesteld en geëvalueerd kunnen worden (continue proces).

- Organiseer een landelijk startmoment: een moment waarop alle disciplines op de hoogte zijn van de herziene richtlijn (bijv. door het benaderen van de betrokken beroepsverenigingen) en gestart wordt met het gebruik van de herziene versie van de richtlijn. Het landelijk startmoment zou moeten samenvallen met het landelijk startmoment van de herziene richtlijn Decubitus en bijv. gepromoot worden door een gezamenlijk congres.
- Betrek opleidingen (ROC's, HBO-V's, artsenopleidingen etc.) bij het landelijke startmoment.

Maatschappelijk niveau

- Maak gebruik van verschillende soorten media om het onderwerp maatschappelijk meer onder de aandacht te krijgen zoals artikelen in veel gelezen tijdschriften (bijv. Libelle) en posters bijv. bij de huisarts of in gezondheidscentra.
- Betrek de inspectie bij het onderwerp smetten.
- Breng de huidige zorg m.b.t. smetten in kaart door middel van dataverzameling.
- Maak smetten tot een prestatie-indicator⁴ zodat er gecontroleerd kan worden of er zorg verleend wordt volgens de aanbevelingen in de richtlijn.
- Neem smetten op in 'normen verantwoorde zorg'.

De implementatiewerkgroep beveelt aan de ingezette verbeteracties regelmatig te evalueren en deze evaluatiemomenten van te voren vast te leggen.

7.3 Uitvoering aanbevelingen

In tabel 1 zijn de verbeteractiviteiten binnen de verschillende fasen van het veranderingsproces van Rogers geplaatst en is weergegeven wie de verantwoordelijkheid voor het inzetten van de betreffende verbeteractie op zich zou kunnen nemen.

In deze tabel worden disciplines/functies beschreven die mogelijk in de verschillende organisaties anders benoemd worden of niet bestaan. Het is dan van belang te bepalen welke discipline of functie binnen de eigen organisatie de verantwoordelijkheid voor de beschreven verbeteractie op zich neemt.

Naast de algemeen bekende strategieën ter bevordering van een goede implementatie biedt deze tabel specifieke verbeteractiviteiten, die voortgekomen zijn vanuit de ervaren problematiek in de praktijk, die de implementatie van de richtlijn smetten kunnen bevorderen.

Uit onderzoek blijkt dat de inzet van verschillende activiteiten gericht op de beïnvloedende factoren en gericht op de verschillende niveaus (patiënt, zorgverlener, team, organisatie) langdurige verandering mogelijk kan maken (Grol & Grimshaw, 2003). De implementatiewerkgroep beveelt dan ook aan om een combinatie van voorgestelde verbeteractiviteiten in te zetten passend bij de beïnvloedende factoren.

⁴ NVvH sluit zich niet aan bij verbeteractie 'maak smetten tot prestatie-indicator'.

Tabel 1 Verbeteracties ter bevordering implementatie richtlijn smetten

| Fase Rogers | Verbeteracties | Verantwoordelijkheid |
|---|--|---|
| <p><u>Oriëntatiefase</u> <i>men is zich bewust en op de hoogte van de herziene richtlijn smetten. Men heeft interesse en voelt zich betrokken.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Breng de noodzaak van scholing op het gebied van smetten onder de aandacht bij de NFU en de NVZ | Beroepsorganisaties artsen (bijv. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en verpleegkundigen (bijv. V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten) |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Stuur de MBO- en HBO-raad de richtlijn als studiemateriaal toe | V&VN |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Besteed aandacht aan smetten op grote landelijke (decubitus) congressen | Beroepsorganisaties artsen (bijv. NVDV), V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, WCS |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Besteed aandacht aan het onderwerp binnen de WCS, V&VN Dermatologie en V&VN Wondconsulenten | V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, WCS, NVDV |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Organiseer publiciteit rondom een landelijk startmoment | V&VN i.s.m. V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, NVDV |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Schrijf artikelen in populaire vakbladen. | V&VN, NIVEL, V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, NVDV |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Breng smetten maatschappelijk onder de aandacht m.b.v. verschillende soorten media (artikelen in veel gelezen tijdschriften (bijv. Libelle) en posters of folders (bijv. bij de huisarts, op poliklinieken of in gezondheidscentra). | Overheid, V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, NVDV, verzekeraars |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel een instellingsprotocol a.d.h.v. herziene richtlijn (kort, eenvoudig met beeldmateriaal) | Kwaliteitsafdeling, verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulenten, dermatoloog |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Stel het instellingsprotocol m.b.t. smetten en informatie over het onderwerp via intranet beschikbaar. | Organisatiemanagement, kwaliteitsafdeling |

| Fase Rogers | Verbeteracties | Verantwoordelijkheid |
|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Breng het instellingsprotocol onder de aandacht (bijv. via voorlichtingsbijeenkomsten, en/of nieuwsbrief). | Kwaliteitsafdeling, verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulenten, aandachtvelders |
| <u>Inzichtfase</u> <i>men heeft kennis en begrip van de herziene richtlijn smetten en inzicht in de eigen werkwijze</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Neem regelmatig terugkerende scholing m.b.t. smetten op in opleidingsbeleid, inclusief praktijktoets en accreditatie. | Organisatiemanagement, kwaliteitsafdeling |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Neem het onderwerp smetten op in de opleidingscurricula (ROC's, HBO-V's, artsopleidingen, opleiding dermatologie vplk., verpleegkundig specialist en wond-decubitusverpleegkundigen en besteed er uitgebreid aandacht binnen deze opleidingen | MBO- en HBO-raad, organisatiemanagement van de opleidingen, V&VN dermatologie, V&VN wondconsulenten |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Zorg voor kennisoverdracht in de praktijk door verpleegkundig specialist/ wondconsulent | Verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulenten |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Organiseer en faciliteer communicatietraining voor patiëntenvoorlichting | Organisatiemanagement, kwaliteitsafdeling |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Creëer bewustzijn binnen de organisatie over het belang van goede zorg voor smetten | Organisatie- en afdelingsmanagement, verpleegkundig specialist dermatologie, wondconsulent, dermatoloog |
| <u>Acceptatiefase</u> <i>er is sprake van een positieve houding ten opzichte van de herziene richtlijn smetten, men is gemotiveerd, de intentie om te veranderen is er en het besluit wordt genomen te veranderen.</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Organiseer een landelijk startmoment voor implementatie van de herziene richtlijn smetten én decubitus in Nederlandse gezondheidszorgorganisaties: een moment waarop alle organisaties op de hoogte zijn van de richtlijn (bijv. door het benaderen van de betrokken beroepsverenigingen en opleidingen) en gestart wordt met het gebruik van de herziene versie van de richtlijn. | V&VN i.s.m. V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, WCS, NVDV |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Betrek opleidingen (ROC's, HBO-V's, artsopleidingen etc.) bij het landelijke startmoment. | V&VN i.s.m. V&VN dermatologie, V&VN wondconsulenten, WCS, NVDV |

| Fase Rogers | Verbeteracties | Verantwoordelijkheid |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Verzorg publiciteit rondom het landelijk startmoment | V&VN i.s.m. V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Creëer binnen de organisatie een algemeen bewustzijn m.b.t. het belang van goede ADL-zorg en goede zorg bij smetten | Organisatie- en afdelingsmanagement, kwaliteitsafdeling, verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulenten, aandachtsvelders |
| <p><u>Fase van verandering de herziene richtlijn smetten wordt ingevoerd binnen de praktijk en men krijgt bevestigd dat het nut heeft.</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pas bestaande protocollen/standaarden aan aan de herziene versie van de richtlijn | Kwaliteitsafdeling, verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulenten, beroepsorganisaties |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Neem smetten op als vast item in het zorgdossier (anamnese, rapportage, overdracht) | Organisatiemanagement, kwaliteitsafdeling |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Leg de zorg bij smetten structureel vast in het zorgdossier en communiceer er over tijdens overdrachtmomenten. | Afdelingsmanagement, aandachtvelders, team, zorgverlener |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Zorg voor een goede overdracht van de zorg bij smetten tussen de verschillende organisaties (ziekenhuis-thuiszorg/huisarts, verpleeghuis-ziekenhuis etc.). | Afdelingsmanagement, zorgverleners |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Stel aandachtvelders binnen de organisatie aan die de kennis in de praktijk actief kunnen toepassen en overdragen | Organisatiemanagement |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Geef verpleegkundig specialisten/ wond-decubitusverpleegkundigen inhoudelijke bevoegdheid om aandachtvelders/zorgverleners aan te kunnen sturen | Organisatie- en afdelingsmanagement |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Leg de, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van aandachtvelders en verpleegkundig specialist/ wondconsulenten vast. | Organisatiemanagement, verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulent, dermatoloog |

| Fase Rogers | Verbeteracties | Verantwoordelijkheid |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Leg de taken en verantwoordelijkheden m.b.t. de zorg bij smetten binnen het multidisciplinaire team vast (bijv. in stroomschema) | Afdelingsmanagement, team |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer en faciliteer een aanspreekcultuur | Organisatie- en afdelingsmanagement, team, zorgverlener |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Zorg er voor dat verpleegkundig specialisten/wondconsulenten de verantwoordelijkheid krijgen en nemen om smetten binnen de organisatie en landelijk onder de aandacht te brengen en te houden en te zorgen voor kennisoverdracht. | V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Zorg er voor dat binnen wondexpertise afdelingen en centra ook expertise op het gebied van smetten een duidelijke plaats krijgt. | Wondplatform, V&VN Dermatologie/ V&VN Wondconsulenten, NVDV |
| <u>Fase van behoud</u> <i>de herziene richtlijn decubitus wordt geïntegreerd in de eigen routines en verankerd binnen de organisatie</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Organiseer en faciliteer multidisciplinaire casusbesprekingen 'on the job' | Afdelingsmanagement, verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulent |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Zorg voor voldoende tijd voor aandachtvelden om hun rol vorm te kunnen geven en te kunnen vervullen | Organisatie- en afdelingsmanagement, aandachtvelden |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Verwijs in zorgdossier naar protocol smetten | Team, zorgverlener |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Stel hulpmiddelen beschikbaar zoals bijv. een zakprotocol | Organisatiemanagement |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Geef patiëntenvoorlichting over smetten, zowel mondeling als m.b.v. folder | Team, zorgverleners |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Betrek, indien mogelijk, de zorgvrager zelf in de observatie van smetten; ondersteun de zorgvrager hierbij, maar geef ook eigen verantwoordelijkheid. | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel een patiëntenfolder en verwijs naar deze patiëntenfolder in folders voor risicogroepen | Overheid, organisatiemanagement, V&VN, verzekeraars |

| Fase Rogers | Verbeteracties | Verantwoordelijkheid |
|-------------|--|---|
| | - Verstrek zorgvragers die (risico op) smetten hebben een informatiefolder, neem deze interventie op in het protocol | Zorgverlener |
| | - Organiseer en faciliteer communicatietrainingen voor patiëntenvoorlichting | Organisatiemanagement |
| | - Breng de huidige zorg voor smetten in kaart (dataverzameling). | Overheid/inspectie, organisatie- en afdelingsmanagement verpleegkundig specialist dermatologie/ wondconsulent, evt. VIM commissie |
| | - Verzamel data binnen de organisatie m.b.t. smetten en zorg er voor dat de verzamelde data beschikbaar zijn voor afdelingen zodat de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk wordt | Verpleegkundig specialist wond-decubitusverpleegkundige/ wondconsulent |
| | - Onderbouw het belang van wetenschappelijk onderzoek (bijv. m.b.v. LPZ-metingen) en voer wetenschappelijk onderzoek uit. | Beroepsorganisaties artsen (bijv. NVDV) en verpleegkundigen (V&VN) |
| | - Stel een wetenschappelijk fonds beschikbaar voor dataverzameling, ontwikkelen interventies, en evaluatie resultaten in een continue proces. | Overheid |
| | - Betrek de inspectie bij het onderwerp smetten | Overheid |
| | - Maak smetten tot 'prestatie-indicator'. | Beroepsorganisaties, V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, NVDV, overheid, inspectie |
| | - Neem smetten op in 'normen verantwoorde zorg' | Beroepsorganisaties, V&VN Dermatologie, V&VN Wondconsulenten, overheid, inspectie |

| Fase Rogers | Verbeteracties | Verantwoordelijkheid |
|-------------|--|---------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Besteed aandacht aan het onderwerp in de cursus 'ziekenverzorging thuis' van de thuiszorg. | Organisatiemanagement thuiszorg |
| EVALUATIE | Zorg er voor dat elke ingezette verbeteractie met regelmaat, minimaal jaarlijks, geëvalueerd wordt. Leg de evaluatiemomenten vooraf vast. | |

8 Indicatoren

Inleiding

Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorg die een aanwijzing (indicatie) geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Aan de hand van de resultaten is het mogelijk om sturing te geven aan de kwaliteit van zorg en verbeteracties in gang te zetten. Er bestaan externe en interne indicatoren. Externe indicatoren zijn bedoeld om extern verantwoording af te leggen, bijvoorbeeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, en zijn in principe openbaar. De resultaten van de verschillende instellingen kunnen met elkaar vergeleken worden waardoor men inzicht krijgt welke instellingen het goed en welke minder goed doen. Interne indicatoren zijn bedoeld om verantwoording af te leggen binnen een instelling (of afdeling) en worden dus niet openbaar gemaakt. Wel kunnen deze interne gegevens anoniem landelijk verzameld worden waardoor men toch een vergelijking kan maken tussen de eigen instelling en andere instellingen. Zowel interne als externe indicatoren kunnen worden onderverdeeld in structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren geven aan onder welke (rand)voorwaarden goede zorg geleverd kan worden. Het gaat hierbij vooral om indicatoren op het niveau van de instelling. Procesindicatoren zijn op het niveau van de zorgverlener. Ze meten of er handelingen worden verricht door zorgverleners die bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Uitkomstindicatoren meten de uitkomsten van de kwaliteit van zorg op het niveau van de zorgvrager.

Doel van de indicatoren

De indicatoren bij deze richtlijn zijn bedoeld als interne indicatoren. Met behulp van deze indicatoren kan worden gemeten of de richtlijn smetten wordt gevolgd. Doel van de indicatoren is het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan zorgvragers met (risico op) smetten.

Voor wie zijn de indicatoren bedoeld?

De indicatoren op zowel afdelings- als instellingsniveau gelden voor alle disciplines in zowel de intramurale als extramurale setting.

Uitgangspunten

Uitgangspunt bij alle indicatoren is het discriminerend vermogen en de registreerbaarheid. Discriminerend vermogen houdt in dat er onderscheid mogelijk is tussen goed en minder goed presterende instellingen. Anders gezegd: er zijn verbeteringen van de kwaliteit mogelijk. Registreerbaarheid houdt de mate in waarin de indicator gemakkelijk te scoren is. Door de toename van elektronische dossiers zal dit uitgangspunt steeds minder belangrijk worden en kan bijvoorbeeld de meetfrequentie verhoogd worden.

Meetfrequentie

Aanbevolen wordt om de indicatoren minimaal 1x per jaar te meten als een prevalentie meting. Een prevalentie meting wil zeggen dat op een bepaald tijdstip de indicator worden gemeten. Er kan ook worden gekozen voor een incidentie- in plaats van een prevalentie meting. Een incidentie meting wil zeggen dat de indicator gedurende een bepaalde meetperiode, bijvoorbeeld dagelijks, 2 à 3x per week of wekelijks wordt gemeten afhankelijk van de wisseling in de zorgvraagpopulatie en contactfrequentie met de zorgvrager. Voor de incidentie meting wordt een meetperiode van 4-8 weken aanbevolen (Defloor, 2005).

8.2 Indicatoren

8.2.1 Structuurindicatoren

| Preventie- en behandelprotocol smetten aanwezig | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Door de aanwezigheid van een up-to-date protocol voor de behandeling en preventie van smetten wordt op instellingsniveau vastgelegd hoe gehandeld moet worden bij de preventie en behandeling van smetten. |
| Omschrijving | Er is binnen de instelling een up-to-date protocol aanwezig waarin de preventie en behandeling van smetten zijn vastgelegd. |
| Vraag | Is er een up-to-date preventie- en behandelprotocol aanwezig in de instelling? |
| Definitie(s) | Up-to-date wil zeggen niet ouder dan 1 jaar. |
| Type indicator | Structuur |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Documentbeheerssysteem |
| Meetniveau | Instelling |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

| Scholing smetten | |
|--------------------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | Door het om de 2 jaar scholen van zorgverleners wordt het kennistekort ten aanzien van de preventie en behandeling van smetten bij zorgverleners vermindert. |
| Omschrijving | Er vindt voor iedere zorgverlener om de 2 jaar scholing m.b.t. smetten plaats. |
| Vraag | Vindt er voor iedere zorgverlener om de 2 jaar scholing met betrekking tot smetten plaats? |
| Definitie(s) | N.v.t. |
| Type indicator | Structuur |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Opleidingsplan en/of wondbeleidsplan |
| Meetniveau | Instelling en/of afdeling ⁵ |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

| Aandachtvelders smetten | |
|--------------------------------|---|
| Relatie tot kwaliteit | Aandachtvelders hebben meer dan gemiddelde kennis en ervaring op het gebied van smetten/huidzorg. Zij passen op afdelingsniveau kennis en ervaring met betrekking tot smetten/huidzorg actief toe en dragen dit over op andere zorgverleners waardoor de zorgverlening wordt verbeterd. |
| Omschrijving | Er is op de/elke afdeling een aandachtsvelder smetten/huidzorg aanwezig |
| Vraag | Is er op de/elke afdeling een aandachtsvelder smetten/huidzorg |

⁵ Hier wordt de term afdeling gebruikt. Afhankelijk van de opbouw van de organisatie en de gebruikte benamingen kunnen ook benamingen als team, cluster, divisie of anderszins worden gebruikt.

| | |
|--------------------------------|---|
| | aanwezig? |
| Definitie(s) | Een aandachtsvelder is belast met het actief toepassen en overdragen van kennis over smetten/huidzorg en wordt aangestuurd door een dermatologie- of wond- en decubitusverpleegkundige. Veelal wordt het aandachtsveld gecombineerd met een ander aandachtsveld, zoals decubitus. |
| Type indicator | Structuur |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Afdelingsmanager |
| Meetniveau | Instelling en/of afdeling |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

8.2.2 Procesindicatoren

| | |
|--------------------------------|--|
| Anamnese smetten | |
| Relatie tot kwaliteit | Door bij opname een anamnese af te nemen wordt inzicht verkregen in het risico op en de aanwezigheid van smetten. Preventieve maatregelen en behandeling kunnen tijdig worden ingezet zodat smetten zoveel mogelijk wordt voorkomen dan wel verergering wordt voorkomen. |
| Omschrijving | % zorgvragers waar bij opname een anamnese is afgenomen met betrekking tot het risico op en de aanwezigheid van smetten en waarbij de uitkomsten zijn vastgelegd in het dossier. |
| Teller | Aantal zorgvragers waar bij opname een anamnese is afgenomen met betrekking tot het risico op en de aanwezigheid van smetten en waarbij de uitkomsten zijn vastgelegd in het dossier |
| Noemer | Totaal aantal zorgvragers |
| Definitie(s) | Op het anamneseformulier is vastgelegd, of er risicofactoren zijn met betrekking tot smetten, of er al dan niet smetten aanwezig is en wat de locatie en de ernst van smetten is. |
| Type indicator | Proces |
| Meetniveau | Zorgvrager |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Dossier |
| Meetniveau | Zorgvrager |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

| | |
|--|--|
| Voorlichting over (preventie van) smetten | |
| Relatie tot kwaliteit | Door het voorlichten van zorgvragers met (risico op) smetten en/of hun mantelzorger(s) worden zij, conform de WGBBO, op de hoogte gesteld van de preventie en behandeling van smetten. Daarnaast worden zij zelf gemotiveerd om een bijdrage te leveren aan de uitvoering van preventieve maatregelen. |
| Omschrijving | % zorgvragers met (risico op) smetten en/of hun mantelzorger(s) die mondeling én schriftelijk met behulp van een patiëntenfolder zijn geïnformeerd over (de preventie van) smetten |
| Teller | Aantal zorgvragers met (risico op) smetten en/of hun mantelzorger(s) die |

| | |
|--------------------------------|--|
| | mondeling én schriftelijk met behulp van een patiëntenfolder zijn geïnformeerd over (de preventie van) smetten |
| Noemer | Aantal zorgvragers met (risico op) smetten |
| Definitie(s) | N.v.t. |
| Type indicator | Proces |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Dossier en/of cliëntenraadpleging |
| Meetniveau | Zorgvrager |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

| | |
|--------------------------------|---|
| Preventieve maatregelen | |
| Relatie tot kwaliteit | Door het nemen van preventieve maatregelen wordt het ontstaan van smetten in de grote huidplooien zoveel mogelijk voorkomen. |
| Omschrijving | % zorgvragers met (risico op) smetten waarbij adequate preventieve maatregelen worden genomen. |
| Teller | Aantal zorgvragers met (risico op) smetten waarbij adequate preventieve maatregelen worden genomen |
| Noemer | Aantal zorgvragers met (risico op) smetten |
| Definitie(s) | Preventieve maatregelen zijn adequaat indien zij bestaan uit minimaal de volgende maatregelen: dagelijkse huidzorg voorkomen van huid-op-huid contact voorkomen van overmatig transpireren drooghouden van de huidplooien Risicofactoren voor het ontstaan van smetten zijn: vrouwelijk geslacht, verminderde mobiliteit, gevorderde leeftijd, verhoogde lichaamstemperatuur, obesitas, diabetes, verminderde weerstand, vochtige huid ten gevolge van transpiratie/incontinentie en beperkingen in ADL. |
| Type indicator | Proces |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Zorgvrager en dossier |
| Meetniveau | Zorgvrager |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

| | |
|---------------------------------|---|
| Individueel behandelplan | |
| Relatie tot kwaliteit | Door het vastleggen van een individueel behandelplan met betrekking tot smetten wordt smetten op dezelfde wijze behandeld en wordt het mogelijk om te evalueren welke maatregelen al dan niet bijdragen aan een goede genezing. |
| Omschrijving | % zorgvragers met smetten met een individueel behandelplan met betrekking tot smetten waarbij het doel van de behandeling is vastgelegd |
| Teller | Aantal zorgvragers met smetten met een individueel behandelplan met betrekking tot smetten |
| Noemer | Aantal zorgvragers met smetten |
| Definitie(s) | N.v.t. |

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| Type indicator | proces |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Dossier |
| Meetniveau | Zorgvrager |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Evaluatie genezing smetten | |
| Relatie tot kwaliteit | Door het evalueren van de genezing van smetten wordt duidelijk of de ingezette behandeling leidt tot genezing en kan zo nodig tijdig het behandelplan worden bijgesteld. |
| Omschrijving | % zorgvragers met smetten waarbij de behandeling minimaal na 14 dagen is geëvalueerd en de evaluatie is vastgelegd |
| Teller | Aantal zorgvragers met smetten waarbij de behandeling minmaal na 14 dagen is geëvalueerd en de evaluatie is vastgelegd |
| Noemer | Aantal zorgvragers met smetten |
| Definitie(s) | De evaluatie van smetten gebeurt aan de hand van objectieve symptomen en ervaren klachten: roodheid van de huid (altijd), maceratie (verweking), erosie, nattende huid, fissuren, korstvorming, jeuk, pijn, branderigheid en/of een onaangename geur. |
| Type indicator | Proces |
| In- en exclusiecriteria | N.v.t. |
| Bron | Dossier |
| Meetniveau | Zorgvrager |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

8.2.3 Uitkomstindicatoren

| | |
|--------------------------------|--|
| Prevalentie smetten | |
| Relatie tot kwaliteit | Smetten kan in veel gevallen worden voorkomen door het tijdig inzetten van preventieve maatregelen bij zorgvragers met (risico op) smetten. De prevalentie van smetten is derhalve een maat voor de kwaliteit van zorg. |
| Omschrijving | % zorgvragers met smetten op een bepaald tijdstip |
| Teller | Aantal zorgvragers met smetten op een bepaald tijdstip |
| Noemer | Aantal zorgvragers op een bepaald tijdstip |
| Definitie(s) | Er is sprake van smetten indien in ieder geval een (glanzende) roodheid van de huid aan beide zijden van een plooi aanwezig is. Daarnaast kunnen aanwezig zijn: maceratie (verweking), erosie, nattende huid, fissuren, korstvorming, jeuk, pijn, branderigheid en een onaangename geur. |
| Type indicator | Uitkomst |
| In- en exclusiecriteria | Geen |
| Bron | Zorgvrager |
| Meetniveau | Zorgvrager |
| Meetfrequentie | Minimaal 1x per jaar |

Referenties

- Alteras, I. & Cojocaru, I. Antifungal activity of pimaricin. *Mycoses* 1969; 12: 139-149.
- Arndt K, Bowers K. Manual of dermatologic therapeutics. (6 ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.
- Braun-Falco O. Dermatology. 4e druk. Berlin-Heidelberg-New York: Springer-Verlag. 2000.
- CBO. Evidence-based richtlijnontwikeling. Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. 2007.(www.cbo.nl).
- Cullen, S. I., Rex, I. H., & Thorne, E. G.. A comparison of a new antifungal agent, 1 percent econazole nitrate (Spectazole(registered trademark)) cream versus 1 percent clotrimazole cream in the treatment of intertriginous candidosis. *Current Therapeutic Research - Clinical and Experimental* 1984; 35 606-609.
- Draijer L W, Folmer H. Farmacotherapeutische richtlijn intertrigo, *Huisarts en Wetenschap*. 2007; 1: 22-23.
- Defloor T, Clark M, Witherow A, Colin D, Lindholm C, Schoonhoven L, Moore Z. EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring of pressure ulcer occurrence. *Tissue Viability Society*. 2005; 15(3):20-27
- Eekhof, JAH, Neven AK. Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. 5^e druk, Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg. 2007.
- Engel, MF. Amphotericin B lotion in monilial intertrigo: a double-blind paired comparison study. *Archives of Dermatology*. 1965: 92, 687.
- Gip, L. Clinical testing of Fungiplex ointment on a geriatric material with intertriginous Candida mycosis. *Dermatologische Wochenschrift*.1966; 152: 482-484.
- Gisslen, H, Hersle, K, & Mobacken, H. Topical treatment of cutaneous candidiasis with 5 fluorocytosine compared with nystatin. *Dermatologica*. 1974; 148: 362-365.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients'care. *The Lancet*. 2003; 362; 1225-1231.
- Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg. 2006.
- Guitart J, Woodley DT. Intertrigo: a practical approach. *Comprehensive Therapy*. 1994; 20; 402-409.
- Halfens, RJG, Meijers, JMM, Du Moulin, MFMT, Van Nie, NC, Neyens, JCL, Schols, JMGA, Rijcken, S. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: rapportage resultaten 2010. Maastricht: Universiteit Maastricht. 2010.

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling Samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. 2010.

Itin P. Intertrigo - ein therapeutischer problemkreis [Intertrigo--a therapeutic problem circle]. *Therapeutische Umschau*. 1989; 46: 98-101.

Janniger KC, Schwartz RA, Szepletowski, JC, Reich A. Intertrigo and common secondary skin infections. *American Family Physician*. 2005; 72: 833-839.

Standaard Afhandeling cumarine-interacties. Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT). 2010.

Mistiaen, P, Wagner, C, Bours, G, & Halfens, R. Prevalentiemeting van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). 2003.

Mistiaen P, Poot E, Hickox S, Jochems C, Wagner C. Preventing and treating intertrigo in the large skin folds: a literature overview. *Dermatology Nursing*. 2004; 16(1):43-57.

Mistiaen P, Van Halm-Walters MM. Preventie en behandeling van smetten in de grote huidplooien: een systematische review. 2009.

Miura Y, Onuki M, Takahashi S, Seiji M, Akihiko, SATO, Kagawa, S et al.. A Double-Blind Study on Utility of Econazole Cream in Dermatomycesis. *Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation)*. 1979; 7: 83-108.

Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). Tripartiete multidisciplinaire richtlijn samenwerking en logistiek rond decubitus (SALODE). Duiven: Drukkerij Tamminga. 2003.

Poot E, Mintjes de Groot J, Westrate J, Van der Eerden L, Adriaansen M (red.). Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2008. Rogers E (1995). Lessons for guidelines from the diffusion of innovation. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1995; 21: 324-328.

Scherwitz, C. Clinical testing of Econazole skin lotion and cream in dermatomycoses. *Zeitschrift fur Hautkrankheiten*. 1977; 52: 117-125.

Schwarz, KJ, Much, T, & Konzelmann, M (1975). Evaluation of econazol in 594 cases of skin mycosis (author's transl). *Deutsche.medizinische Wochenschrift*. 1975; 100:1497-1500.

Selden S. Intertrigo. *eMedicine Dermatology*, <http://emedicine.medscape.com/article/1087691>; visited 6-10-2009.

Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R. Dermatologie en venereologie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. 2000.

Van Puijenbroek EP, Duyvendak RJP, De Kock CA, Krol SJ, Jasper AHJ, Loogman, MCM (2009). NHG-standaard dermatomycosen. *Huisarts Wet* 2008. 2009; 51 (2):76-84.