

WONDZORGREADERTJE VOOR M'N TOPPERS



Jolanda Vermeulen
[E-mailadres]

Wondzorg

Intro

Tijdens je werk kun je zorgvragers tegenkomen met allerlei soorten wonden. Dat kunnen schaaf- of snijwonden zijn na een ongeval, of chirurgische wonden na een operatie. Wonden kunnen ook het gevolg zijn van een ziekteproces of van te weinig lichaamsbeweging, dat is bijvoorbeeld het geval bij decubitus. Wonden verschillen in omvang, diepte en de mate van bloed- of vochtverlies. Om een zorgvrager met een wond zo goed mogelijk te kunnen verzorgen, moet je op de hoogte zijn van wondverzorging en wondgenezing, methodisch te werk gaan en verschillende verbanden kunnen aanleggen.

Indeling van wonden

Wonden kom je in allerlei soorten en maten tegen. Er zijn dan ook verschillende definities van het begrip wond in gebruik.

Definities van een wond:

- Een wond is een verbreking van de continuïteit van het weefsel (WCS Kenniscentrum Wondzorg).
- Een wond is de plotselinge gewelddadige verbreking van de natuurlijke samenhang van een weefsel (Kuijer, Algemene Chirurgie, 1981).
- Een wond is de verbreking van de normale weefselstructuur, inwendig en/of uitwendig (Moduleboek wonden/verbanden SRVB, 1995).

Wonden kunnen op verschillende manieren ontstaan:

- door mechanisch scherp geweld
- door mechanisch stomp geweld
- door niet-vaste voorwerpen

Verwondingen door mechanisch scherp geweld	
Soort wond	Beschrijving
Schaafwond, ontveling	Bijvoorbeeld na een valpartij, of door wrijvingen of schuren. Dit zijn oppervlakkige wonden die weinig of niet bloeden, maar wel heel pijnlijk kunnen zijn.
Snijwond	Snijwonden zijn dieper dan schaafwonden en hebben gladde wondranden, wat de genezing bevordert. Grote snijwonden moeten worden gehecht.
Steekwond	Een steekwond is erg diep, met veel schade aan onderliggend weefsel. De oorzaak is bijvoorbeeld een mes, naald of spijker. Omdat een steekwond diep is, bestaat er risico op besmetting diep in de wond. Het is daarom goed zo'n wond even te laten bloeden, zodat het ergste vuil eruit kan spoelen.
Scheurwond	Een scheurwond is een diepe wond met rafelige wondranden, wat de genezing bemoeilijkt. Op de Spoedeisende Hulp zal men eerst de wondranden gladmaken door de rafels weg te snijden. Daarna kunnen scheurwonden gehecht worden (wondtoilet).
Schotwond	Deze wonden ontstaan bijvoorbeeld door een kogel die diep in het lichaam binnendringt en veel onderliggend weefsel beschadigt.
Beet	Beten zijn gevaarlijk doordat het speeksel veel ziektekiemen bevat, zoals bij een hondenbeet of een mensenbeet. Er kan ook sprake zijn van vergiftiging, zoals bij een slangenbeet.
Insectenbeet/-steek	Dit zijn kleine verwondingen, maar het ingespoten gif kan hevige allergische reacties oproepen, bijvoorbeeld bij een wespensteek.

Een verwonding door (mechanisch) stomp geweld is een beschadiging van inwendige weefsels. Het is dus een inwendige verwonding, waarbij de huid intact blijft.

Verwondingen door (mechanisch) stomp geweld	
Soort wond	Beschrijving
Contusie	Kneuzing, zoals een blauwe plek (hematoom) op je scheenbeen.
Fractuur	Botbreuk.
Luxatie	Ontwrichting, zoals een arm die uit de kom is geraakt.
Orgaanruptuur	Scheuring, bijvoorbeeld van milt of lever, met vaak ernstige inwendige bloedingen als gevolg.

Sommige wonden zijn niet veroorzaakt door vaste voorwerpen, maar hebben een andere oorzaak.

Verwondingen die niet veroorzaakt zijn door vaste voorwerpen	
Soort wond	Beschrijving
Chemische wonden	Letsel veroorzaakt door stoffen als ammoniak of zoutzuur, waardoor huid of slijmvliezen afsterven.
Elektrisch letsel	Verstoring van het lichaamsweefsel als gevolg van hoge stroomsterkte, waarbij op de contactplaats brandwonden kunnen ontstaan.
Stralingsletsel	Letsel veroorzaakt door blootstelling aan een grote dosis straling, zoals zonnestralen, hoogtezon, radioactiviteit, enzovoort.
Thermisch letsel	Letsel als gevolg van blootstelling aan extreme temperaturen. Denk aan bevriezingen en brandwonden.

Behalve de wonden die we al genoemd hebben, zijn er nog:

- infectiewonden: letsels veroorzaakt door micro-organismen, bijvoorbeeld een steenpuist;
- oncologische wonden: huidkanker, ver doorgesloopte borstkanker of uitzaaiingen in de huid;
- wonden door circulatiestoornissen: weefselversterf door onvoldoende toevoer van zuurstof en/of voedingsstoffen, zoals gangreen (dood weefsel) van de tenen bij ernstige vaatstoornissen in de benen.

Wondgenezing

Bij een verwonding stroomt het bloed uit de verscheurde vaten in de wondspleet. Het bloed stolt daar en als de wond aan de lucht is blootgesteld, ontstaat er een korst. Na enige tijd is het stolsel of de korst verdwenen en is de wond helemaal gevuld met jong bloedvatrijk bindweefsel. Het bindweefsel is roze en korrelig en bloedt gemakkelijk. Dit heet het granulatieweefsel. In het begin ziet het verse litteken er dik en wat rood uit. Later, als de vezels zich verder samentrekken en het granulatieweefsel verdwijnt, wordt het litteken wit en plat. Tijdens de genezing van een wond zie je vaak dat de lichaamstemperatuur stijgt.

Er zijn twee soorten wondgenezingen:

• **Primaire wondgenezing:**

Als een wond schoon is en zonder problemen geneest, wordt dit primaire wondgenezing genoemd. In de wond hebben natuurlijk wel ziektekiemen gezeten, maar die zijn door de bloedstroom en het afweermechanisme verwijderd. Vanuit de intacte huid groeit nieuw huidweefsel in de wondspleet. Defibrinedraden trekken de wond verder dicht. Als de wond genezen is, kun je nauwelijks een litteken zien. Primaire wondgenezing vindt plaats bij een kleine, schone, gehechte of een gesloten wond. Deze wonden genezen in enkele dagen.

• **Secundaire wondgenezing:**

Bij secundaire wondgenezing zijn de wonden niet schoon. Secundaire wondgenezing vindt plaats als een wond niet direct gesloten kan worden, bijvoorbeeld bij een wondinfectie, bij grote brede en vervuilde wonden en bij productie van veel wondvocht (exsudaat). De meest bekende voorbeelden van een secundaire wondgenezing zijn het ulcus en de decubituswond.

Als een wond door vuil of rafelige randen met dood weefsel niet kan worden gehecht, blijft hij open en gaat hij langzaam dicht (granuleren). Vanuit de wondranden begint littekenweefsel in de wond te groeien. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij decubituswonden. De wondgenezing kan bij secundaire wondgenezing soms maanden duren. Na secundaire genezing ontstaat altijd een breed litteken en de genezing duurt lang. De huid blijft hierna kwetsbaar.

1 Fasen van wondgenezing

De genezing van een wond verloopt in een aantal chronologische fasen, die elkaar gedeeltelijk overlappen.

Bij de wondverzorging zorg je ervoor dat deze fasen goed doorlopen worden. De drie fasen van wondgenezing zijn:

- 1 reactiefase
- 2 regeneratiefase
- 3 rijpingsfase

Reactiefase

In de reactiefase is de wondverzorging erop gericht om uitbreiding van de verwonding te voorkomen, dus op bloedstelping.

Daarnaast treedt er in deze fase een ontstekingsreactie op, als voorbereiding op de wondgenezing. Hierdoor gaat de wondomgeving de volgende ontstekingsverschijnselen vertonen:

- roodheid
- warmte
- zwelling
- pijn

Regeneratiefase

In de regeneratiefase worden nieuwe bloedvaatjes en een dun laagje huid gevormd. De wond wordt gesloten; dit noem je regeneratie van epitheel. Deze fase wordt ook wel fibroblastenfase of proliferatiefase genoemd.

Rijpingsfase

De rijpingsfase wordt ook wel de maturatiefase of remodeleringsfase genoemd. Het granulatieweefsel dat de dermis heeft vervangen moet uitrijpen tot een dun, soepel en wit bindweefsellitteken. De rijpingsfase kan zes weken tot twee jaar duren. In de rijpingsfase ontstaat het uiteindelijke litteken.

2 Factoren die invloed hebben op de wondgenezing

Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op de wondgenezing, zoals plaatselijke en algemene factoren.

Plaatselijke factoren zijn factoren die betrekking hebben op de wond zelf. Voorbeelden van plaatselijke factoren zijn:

- soort en plaats van de wond: schaafwond, snijwond, wond op de knie of bij de anus;
- verontreiniging van de wond met vreemde voorwerpen, zoals straatvuil of stukjes glas, waardoor wondinfectie kan ontstaan;
- doorbloeding van het wondgebied: bij slecht doorbloede wonden kunnen onvoldoende voedings- en bouwstoffen voor het herstel worden aangevoerd en zal de wond niet, of heel traag genezen.

Voorbeelden van algemene factoren die de wondgenezing bevorderen zijn:

- algemene conditie van de zorgvrager: een gezonde zorgvrager geneest sneller dan iemand die door ziekte een slechte conditie heeft;
- leeftijd: kinderen genezen sneller dan oudere mensen;
- mate van bloedverlies: door veel bloedverlies kan een shock ontstaan. De conditie van een gezond persoon kan dan snel verslechteren. Door bloedtransfusies kan dit meestal snel hersteld worden. Soms blijft enige tijd bloedarmoede bestaan. Dit vertraagt de wondgenezing.

Wondclassificatiesystemen

Wondclassificatiesystemen kun je gebruiken om structuur aan te brengen in een wondbehandeling.

De twee bekendste wondclassificatiesystemen zijn:

- WCS-classificatie
- TIME-model

1 WCS-classificatie

WCS staat voor Woundcare Consultant Society. Het WCS classificatiemodel gaat uit van een stadia-indeling volgens de kleuren zwart-geel-rood en is daardoor makkelijk toepasbaar. Bij het WCS-classificatiemodel wordt vooral gekeken naar de kleur van de wond. De kleuren zeggen iets over het weefsel en over het stadium van het genezingsproces waarin de wond zich bevindt. Bij elke kleur kan weer onderscheid gemaakt worden in vochtigheidsgraad, te weten nat (sterk vocht producerend), vochtig (matig vocht producerend) en droog (nauwelijks vocht producerend). In het algemeen wordt gesteld dat voor een optimale genezing een vochtig milieu gewenst is.

2 TIME-model

Een ander model dat naar het soort wond en de behandeling kijkt is het zogenaamde TIME-model. In het TIME-model wordt specifiek naar de factoren gekeken die bij het genezingsproces van een wond een rol spelen. Het TIME-model kan gebruikt worden bij het diagnosticeren van een wond (anamnese) en het bepalen en evalueren van de wondbehandeling. Het TIME-model richt zich in vier stappen op de verschillende factoren die de genezing van de wond beïnvloeden:

<u>StappenTIME-model</u>	
Stap	Uitleg
T = Tissue (weefsel)	Wat is de kleur van het weefsel (rood, geel, zwart)?
I = Infection (infectie)	Is er sprake van een wondinfectie?
M = Moisture (vocht)	Produceert de wond veel vocht? Ook: is er ter plaatse sprake van oedeem?
E = Edge (wondranden)	Wat is de toestand van de wondranden en wondomgeving?

Behandeling van de wond aan de hand van het TIME-model

- Stap 1 Verwijderen dood weefsel (débridement): chirurgisch (door een arts) of madentherapie.
- Stap 2 Wondreiniging en infectiebestrijding: spoelen van een wond of antibacteriële wondbehandelingsproducten.
- Stap 3 Een goede vochtbalans (uitdroging en verweking van wondranden voorkomen): vochtregulerende wondbehandelingsproducten en het beschermen van wondranden.
- Stap 4 Als de eerste drie stappen met goed resultaat zijn doorlopen, is een genezingsproces zichtbaar vanuit de wondranden en/of vanuit het midden van de wond.

3 Wondbehandelplan

Op basis van een wonddiagnose kan met behulp van een wondclassificatiesysteem een verantwoorde keuze voor bepaald wondverzorgingsmateriaal gemaakt worden en een wondbehandelplan opgesteld worden. Dit behandelplan is leidend voor de dagelijkse wondzorg.

Algemene aandachtspunten bij wondverzorging

Bij de wondverzorging werk je methodisch, waarbij je aandacht besteedt aan je beroepshouding, de privacy van de zorgvrager en de manier waarop hij de zorg ervaart. Je houdt rekening met de aandachtspunten voor specifieke groepen zorgvragers en met de levensfase waarin zij zich bevinden. Je observeert de zorgvrager en geeft voorlichting en instructie over de wondzorg. Bij het uitvoeren van

de wondverzorging neem je de noodzakelijke voorzorgsmaatregelen en pas je procedures en voorschriften toe. Je coördineert en rapporteert de zorg.

Als verpleegkundige kun je de wondgenezing positief beïnvloeden door:

- rekening te houden met psychische factoren van de zorgvrager;
- aseptisch te werken;
- te letten op de voeding- en vochttoediening;
- goed te rapporteren over de wondobservatie en wondbehandeling.

1 Attitude

Een zorgvrager kan allerlei gevoelens hebben over zijn wond. Het is van belang dat je daarop inspelt.

Angst voor reacties uit de omgeving

Voor een zorgvrager is het moeilijk om een beschadiging van het lichaam te verwerken, vooral als de wond ook voor anderen zichtbaar is. De zorgvrager kan zich zorgen maken over wat zijn omgeving van zijn beschadigde lichaam vindt.

Angst en onzekerheid over de toekomst

Wonden kunnen het gevolg zijn van een ziekte. De zorgvrager heeft bijvoorbeeld reuma, kanker of diabetes. Dit betekent dat hij al het een en ander te verwerken heeft gehad en dat de wond hem weer doet denken aan zijn ziekte.

Schuldgevoelens en agressie

Schuldgevoelens en agressie kunnen ontstaan als de zorgvrager het moeilijk vindt hulp van anderen te vragen of te aanvaarden. Het leren omgaan met beperkingen kost tijd en begrip. Het is belangrijk dat je de zorgvrager altijd open en eerlijk informeert over zijn situatie. Goede informatie kan onduidelijkheid, angst en onzekerheid wegnemen.

Maatregelen om privacy te bieden:

- Sluit de gordijnen of deuren en zet in een instelling het aanwezigheidssein aan.
- Leg alle materialen klaar voordat je begint met de wondverzorging.
- Loop niet zomaar weg tijdens de handeling en ga niet direct op verzoeken van andere collega's in, tenzij er een noodsituatie is.
- Praat niet met luide stem over hoe het met de wond gaat of wat je aan het doen bent.

Schaamte

Een zorgvrager kan zich schamen voor zijn wond. Als een wond een nare geur verspreidt, neemt het schaamtegevoel vaak toe. Hij kan zich daardoor isoleren en sociale contacten uit de weg gaan.

Om de gevoelens die hierboven genoemd zijn te beperken, bied je de zorgvrager zoveel mogelijk privacy.

2 Levensfase en kenmerken van de doelgroep

De reactie van een zorgvrager wordt voor een groot deel bepaald door de levensfase waarin hij zich bevindt. Een kind reageert anders op een wond dan een volwassen zorgvrager. Probeer daar rekening mee te houden en stem je zorg erop af.

Aandachtspunten bij de levensfasen	
Levensfase	Aandachtspunten
Baby's	Een wond bij een baby kan het gevolgd zijn van onveilig handelen. Dit kan erg gevoelig liggen bij de ouders, die vaak overstuur zijn. Probeer naast de zorg voor de baby de ouders gerust te stellen en ze te betrekken bij wat er gebeurt.
Kinderen	<ul style="list-style-type: none">□ Jonge kinderen vallen regelmatig doordat hun motoriek nog niet helemaal ontwikkeld is of door het enthousiasme van hun spel. Ze lopen regelmatig wondjes op en schrikken bij het zien van een wond en bloed. Meestal reageren ze door hard te huilen. Naast de wondverzorging hebben zij troost en geruststelling nodig.□ Is het kind na een valpartij erg stil of kreunt het, dan is de situatie vaak ernstig en moet je een arts waarschuwen.□ Oudere kinderen beseffen vaak goed wat de gevolgen zijn van een (ernstige) wond en willen betrokken worden bij de wondverzorging. Geef duidelijke en heldere voorlichting.
Volwassenen	Volwassenen willen voorlichting krijgen over de behandeling, de resultaten en de wondverzorging zelf. Geef ook instructies over de hygiënische maatregelen die ze moeten nemen.
Ouderen	Bij ouderen duurt de wondgenezing langer omdat het weefsel zich langzamer herstelt. Om die reden heb je een belangrijke taak in het voorkomen van wonden. Je kunt veiligheidsmaatregelen toepassen om vallen, uitglijden en struikelen te voorkomen. Daarnaast let je extra goed op doorligplekken (decubitus).

Aandachtspunten bij de kenmerken van de doelgroep		
Doelgroep	Maatregel	Reden
Zorgvragers met een verstandelijke beperking	Troost de zorgvrager en stel hem gerust.	De zorgvrager kan extra angstig en geschrokken reageren door de wond en door het bloed.
	Voorkom krabben en peuteren aan de wond.	Als de wond gaat genezen jeukt hij vaak. Probeer krabben en peuteren te voorkomen.
Chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten	Geef goede voorlichting over het voorkomen van wonden.	Wonden genezen vaak langzamer, doordat de algehele gezondheidstoestand van de zorgvrager invloed heeft op de wondgenezing.
	Motiveren en stimuleren	De zorgvrager is niet altijd even gemotiveerd om de verpleegtechnische handelingen uit te voeren.
Psychiatrische en verwarde zorgvragers	Voorkom infectie of beschadiging van de wond.	Door de stoornis kan de zorgvrager de wond verwaarlozen of beschadigen.

Geriatrische zorgvragers	Neem veiligheidsmaatregelen om wonden te voorkomen.	Na het ontstaan van een wond duurt de wondgenezing langer.
Revaliderenden	Adviseer goed schoeisel en gemakkelijk zittende kleding.	In de revalidatiefase valt de zorgvrager sneller door problemen met de motoriek, waardoor wonden kunnen ontstaan.

Hoe ga je om met een zorgvrager die steeds aan de wond krabt en peutert?

Probeer eerst uit te leggen waarom dat niet mag. Als je het niet kunt stoppen, kun je hulpmiddelen proberen zoals handschoenen van zachte materialen om krabben en gevolgen daarvan te verminderen.

In ernstige gevallen wordt in overleg met de arts de zorgvrager gefixeerd. Dit wordt

nauwkeurig vastgelegd in het verpleegplan en de ouders of wettelijk vertegenwoordigers moet je goed voorlichten over de reden.

3 Observaties

Ontwikkeling van de wond

- Bij alle wonden zijn de aspecten geur, kleur, wondranden, diepte, pijn, ontstekingsverschijnselen, afscheiding, grootte, wondomgeving en oorzaken belangrijke observatiepunten.
- Observeer de wond en houd de ontwikkeling nauwkeurig bij. Dit kan door gebruik te maken van verschillende hulpmiddelen, zoals een meetlat, een peilsonde (diepte bepalen) en (digitale) fotoapparatuur.

Algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager

De algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager kan iets zeggen over de wondgenezing.

Bij een zorgvrager met een slechte conditie zal de wond minder snel herstellen. Daarom observeer je dagelijks bij de zorgvrager:

- klachten van algehele malaise;
- de conditie;
- de voedingstoestand;
- de manier van mobiliseren en rust;
- het slaappatroon;
- de lichaamstemperatuur;
- eventuele (pijn)klachten.

4 Voorlichting en instructie

Door goede voorlichting en instructie kun je vervelende gevoelens verminderen en de wondzorg verbeteren.

Je geeft voorlichting over:

- de reden voor de wondverzorging;
- de wijze waarop de wond behandeld wordt;
- hoe de zorgvrager de wondbehandeling kan ervaren (pijn, jeuk bij wondgenezing of droge huid);
- wanneer de zorgvrager moet waarschuwen:
 - bij pijn
 - bij lekkage van wondvocht
 - bij te strak of te los zittend verband
 - bij jeuk
 - bij koorts
 - bij een kloppend gevoel in de wond
- wat de zorgvrager wel en niet kan doen door de wond

Geef de zorgvrager daarnaast goede instructie over:

- mogelijkheden voor mobiliseren
- voedingsadviezen om het genezingsproces te bevorderen (voldoende eiwitinname)
- voorkomen van problemen en complicaties

5 Voorzorgsmaatregelen, procedures en voorschriften hanteren

Bij de wondverzorging tref je voorzorgsmaatregelen en volg je procedures en voorschriften.

Voorzorgsmaatregelen

Bij het verzorgen van de wonden leg je alle materialen klaar volgens het verpleegplan. Het is niet de bedoeling dat je tijdens de wondverzorging wegloopt om nog iets te halen. In sommige instellingen worden zorgvragers met infectieuze wonden die besmettelijk zijn, geïsoleerd verzorgd en verpleegd. In dat geval liggen de materialen voor wondverzorging vaak op de kamer van de zorgvrager. Voordat je begint, controleer je of alles aanwezig is. Je vult eventueel wondverzorgingsmaterialen aan, maar niet te ruim. Als je een wond oploopt bij een valpartij, is er gevaar voor besmetting met de tetanusbacil. In Nederland krijgen alle kinderen een tetanusvaccinatie. Na tien jaar is het vaccin niet meer werkzaam. Als iemand een wond heeft en hij is niet of langer dan tien jaar geleden tegen tetanus ingeënt, dan moet hij een nieuwe, volledige tetanusvaccinatie krijgen.

Procedures

Een wond verzorg je op voorschrift van een arts. De arts hoort in het verpleegdossier te noteren waaruit de wondverzorging moet bestaan.

Je kunt bij het verzorgen van de wond gebruikmaken van het WCS-classificatiemodel. Dit is een model waarin je aanwijzingen vindt om aan de hand van de kleur van de wond en de toestand van het wondweefsel de juiste verzorgings- en productkeuze te maken. Daarnaast hebben veel instellingen en organisaties protocollen voor de wondverzorging. Zorg dat je hiervan op de hoogte bent en houd nieuwe ontwikkelingen bij.

Voorschriften

Bij wondverzorging houd je je aan verschillende voorschriften en handel je volgens protocol.

Hygiëne

Voor en na elke handeling was je je handen. Bij het verwijderen van verband gebruik je handschoenen. Bij het verzorgen van een wond maak je een schoon werkveld en trek je nieuwe handschoenen aan. Je gebruikt gesteriliseerde verbandmiddelen, spoelbakje, spoelmateriaal en beoordeelt of de steriliteitsdatum niet overschreden is. Je controleert goed of alle materialen klaarliggen, zodat je tijdens de wondbehandeling niet weg hoeft te lopen.

Ergonomie

Een wondbehandeling kun je uitvoeren op bed of op een andere plaats waar je goed zicht hebt. In bed kan de zorgvrager zich beter ontspannen. Stel het bed in op de juiste werkhogte.

Kostenbewust werken

Zorg ervoor dat er niet te veel producten bij een zorgvrager liggen. Nadat de wond genezen is of als de behandeling verandert, moet je deze spullen weggooien.

Milieubewust werken

Gooi de verbanden met wondvocht en de materialen die in aanraking zijn gekomen met de wond in de daarvoor bestemde container. Behandel het als besmet materiaal.

Rechten van de zorgvrager

Bij wondverzorging zijn er soms ook voorschriften over de (im)mobiliteit. Geef daar voorlichting over, zodat de zorgvrager weet hoe hij zijn genezingsproces kan bevorderen. De zorgvrager heeft recht op deskundige zorg door een bekwame hulpverlener.

6 Coördinatie en rapportage van de zorg

Bij de wondverzorging kunnen verschillende hulpverleners betrokken zijn:

- de naasten die een deel van de wondverzorging op zich nemen;
- de huisarts, chirurg, revalidatiearts;
- de fysiotherapeut voor begeleiding bij passief en actief bewegen;
- de gipsverbandmeester en orthopedisch instrumentenmaker, die adviseren en behandelen en hulpmiddelen geven om wonden te ondersteunen;
- de wondverpleegkundige;
- de diëtist, die advies geeft over verbetering van de voeding.

Deze hulpverleners worden altijd na aanvraag van de arts ingeschakeld. Als verpleegkundige kun je hierbij een coördinerende rol hebben. Eventuele observaties die wijzen op complicaties geef je direct door aan de arts of leidinggevende.

De arts is verantwoordelijk voor de behandeling van de wond en als verpleegkundige voer je de instructies uit. Het zou prettig zijn als de zorgvrager zoveel mogelijk door dezelfde verpleegkundige wordt verzorgd, maar helaas is dit niet altijd mogelijk. Om de continuïteit van de zorg te bewaken, is het rapporteren dus belangrijk.

Rapportage

Beschrijf de ontwikkeling van de wond nauwkeurig. Vaak zijn hier speciale wondzorgformulieren voor. Om goede wondzorg te kunnen verlenen, moet je op de hoogte zijn van de protocollen en afspraken over de verzorging van de wond van de zorgvrager. In het verpleegplan staan de volgende gegevens over de wondverzorging:

- het type wond en hoe deze is ontstaan;
- welke behandeling de arts heeft voorgeschreven;
- gegevens over factoren die van invloed zijn op wondgenezing, zoals:
 - de conditie van de zorgvrager;
 - zijn voedingstoestand;
 - zijn leeftijd;
 - de mate van bloedverlies;
 - informatie over de vitale functies en de lichaamstemperatuur;
 - pijnklachten;
- de reactie van de zorgvrager op de wondverzorging;
- gegevens over de wond zelf: grootte, diepte, kleur, geur, aanwezigheid van wondvocht;
- gegevens over vooruitgang of verslechtering van de wond.

Maak eventueel een fotorapportage van de wond. Hiermee kun je de wond beter in kaart brengen.

7 Evaluatie van de zorg

Het is belangrijk om aan de zorgvrager te vragen hoe hij de verzorging van de wond ervaart. Ook ga je na of de zorgvrager of zijn familie voldoende geïnformeerd zijn over de wondverzorging. Vergelijk de gegevens die je hebt met de wond zoals die is. Noteer vooruitgang of verslechtering van de wond en pas zo nodig in opdracht van de arts de behandeling aan.

Maatregelen ter bevordering van de wondgenezing

Naast het verzorgen van de wond zelf, tref je algemene en hygiënische maatregelen om de wondgenezing te ondersteunen.

Algemene maatregelen bij de wondgenezing zijn:

- ⦿ Verbetering van de lichamelijke conditie: zorg voor voldoende rust. Vermijd of beperk roken en alcoholgebruik. Controleer het lichaamsgewicht. Zorg voor een goede voedingstoestand. Het lichaam heeft een verhoogde stofwisseling door het genezingsproces en heeft een grotere behoefte aan energie en eiwitten. De voeding moet hierop afgestemd worden. Bijkomende ziekten moeten zo goed mogelijk behandeld worden.
- ⦿ Aangepast medicijngebruik: medicijnen kunnen de lichamelijke conditie en de wondgenezing beïnvloeden. De arts zal dus zorgvuldig naar het medicijngebruik van de zorgvrager kijken en dit zo nodig aanpassen.
- ⦿ Bevordering circulatie en zuurstofvoorziening: een wond moet goed doorbloed zijn om te kunnen genezen. Tijdens bedrust is de circulatie trager. Daarom is het belangrijk de zorgvrager te laten bewegen of in ieder geval in bed oefeningen te laten doen. Dit stimuleert de weefseldoorbloeding en daardoor ook de wondgenezing.

1 Hygiënische maatregelen bij de wondverzorging

Bij de wondverzorging moet je kruisinfectie proberen te voorkomen. Je verzorgt wonden altijd zo hygiënisch, aseptisch (ziektekiemvrij) mogelijk. Daarbij gelden de volgende aandachtspunten:

- ⦿ Voordat je de wond gaat verzorgen, was je altijd je handen volgens de WIP-procedure. Je neemt niet-steriele handschoenen mee om het verband te verwijderen. Daarna was je weer je handen.
- ⦿ Leg altijd eerst alle materialen klaar, zodat je niet heen en weer hoeft te lopen.
- ⦿ De materialen die je klaarlegt, moeten verpakt zijn en gesteriliseerd.
- ⦿ Gebruik (steriele) handschoenen. Bij een wond is de huid beschadigd, dus er bestaat geen natuurlijke barrière meer tegen bacteriën.
- ⦿ Voordat je de wond, die nu open ligt, gaat verzorgen, maak je een steriel werkveld. Dit doe je door het materiaal dat in de grootste verpakking zit open te maken zonder de binnenkant aan te raken. Je vouwt deze verpakking zodanig dat je de andere steriele materialen erop kunt leggen. Is er onvoldoende ruimte, dan maak je meer steriele verpakkingen open, weer zonder de binnenkant aan te raken.
- ⦿ Neem altijd een speciale afvallemmer voor verbandmaterialen mee. Daarin kun je het afval weggooien om kruisinfecties te voorkomen. Let erop dat de afvalzak diezelfde dag wordt verwisseld.
- ⦿ Je trekt je (steriele) handschoenen uit door ze binnenstebuiten van je handen af te stropen. Vervolgens was je je handen.
- ⦿ Als een zorgvrager zijn wonden zelf verzorgt, geef je hem van tevoren deze instructies. Op die manier waarborg je de hygiëne en dus ook de veiligheid van de zorgvrager en van jezelf.

Hoe ga je om met collega's die niet of onvoldoende aseptisch werken?

Spreek je collega direct aan op wat je ziet. Vraag waarom iemand op een bepaalde manier werkt. Neem de aandachtspunten van aseptisch werken nog eens door en bekijk samen protocollen over wondverzorging. Benadruk het belang voor de zorgvrager en voor andere zorgvragers. Stel bij een kennistekort voor om samen de wondverzorging uit te voeren. Vraag de leidinggevende of begeleiders eventueel een themabijeenkomst te organiseren over wondverzorging.

2 Latexallergie

Niet-steriele handschoenen bevatten veel latexeiwitten. Deze latexeiwitten kunnen in het handschoenenpoeder terecht komen. De poeder valt op de grond, op de kleding en verspreidt zich dan via de lucht.

Zo kun je het inhaleren, waardoor je ademhalingsproblemen kunt krijgen. Ook een zorgvrager die veel met latexmaterialen te maken heeft, kan een latexallergie ontwikkelen.

Steriele handschoenen bevatten minder latexeiwitten. Naarmate je als verpleegkundige meer met latexeiwitten in contact komt, neemt de gevoeligheid voor latex toe, wat kan leiden tot een latexallergie.

Versijnselen bij een latexallergie

- ☞ Je krijgt last van jeukende, rode handen, waarbij irritatie en eczeem optreden.
- ☞ Je krijgt last van benauwdheidsklachten.
- ☞ Een ernstige reactie als een anafylactische shock kan ook optreden.

Voorkom latexallergie op de volgende wijze:

- ☞ Gebruik alleen poedervrije handschoenen, bij voorkeur van synthetisch rubber.
- ☞ Voor het beschermen van de zorgvrager:
 - ☞ beoordeel of latexmaterialen vervangen kunnen worden door synthetische materialen;
 - ☞ gebruik geen natuurrubberen handschoenen en bewaar deze ook niet in de omgeving van de zorgvrager;
 - ☞ vermeld duidelijk zichtbaar 'latexallergie' in het verpleegdossier, op het bed en op het identificatiebandje;
 - ☞ stel al je collega's en de mantelzorgers op de hoogte.

In opdracht een wond verzorgen

Wondverzorging is een verpleegtechnische handeling die je altijd in opdracht van de arts uitvoert. Het wondbeleid dat door de arts wordt vastgesteld, wordt door jou en je collega's uitgevoerd.

Je kunt verschillende soorten wonden verzorgen, maar bij alle wonden is – naast de zorg voor de specifieke wond – algemene wondverzorging nodig.

1 Algemene wondverzorging

Om het genezingsproces zo goed mogelijk te laten verlopen, zal de wondverzorging aan een aantal voorwaarden moeten voldoen.

- 1 Voorkom besmetting. Huid en slijmvliezen bevatten micro-organismen. Het is daarom van belang om voor en na de wondverzorging je handen te wassen, ook als je gebruikmaakt van wegwerphandschoenen. De huid rond de wond wordt bij voorkeur gedesinfecteerd. Het verbinden van wonden heeft ook tot doel micro-organismen te weren. De micro-organismen die zich in de lucht en op de huid buiten de wond bevinden, kunnen door het verband niet in de wond

- terecht komen. Soms is het nodig dat je bij de wondverzorging een mondkapje draagt, bijvoorbeeld bij zorgverleners met brandwonden.
- 2 Zorg voor een droog verband. In een vochtige omgeving vermenigvuldigen micro-organismen zich het snelst. Daarom moet je bij een vochtige wond regelmatig het verband vervangen. Het gaat dan vooral om de buitenste lagen van het verband. Hierin kunnen zich micro-organismen van buitenaf vermeerderen. Op die manier dringen ze door naar de wond.
 - 3 Bevorder de plaatselijke doorbloeding. Bloed zorgt voor de aanvoer van voeding en zuurstof. Dit is noodzakelijk voor de wondgenezing. Om de doorbloeding te optimaliseren, kun je de volgende maatregelen treffen:
 - de wond niet te strak verbinden;
 - vaatverwijdende medicatie toedienen (alleen in opdracht van de arts);
 - warmte- en/of koudebehandelingen toepassen (alleen in opdracht van de arts).
 - 4 Bevorder de algehele conditie van de zorgvrager. Vooral de voedingstoestand en de vochtbalans van de zorgvrager moeten optimaal zijn. Voeding en vocht zijn namelijk de belangrijkste bouwstenen van het genezingsproces. Het lichaam heeft meer energie nodig dan normaal. Daarom is het soms noodzakelijk dat de zorgvrager in overleg met de arts zijn voedingspatroon aanpast aan deze veranderende behoefte.
 - 5 Zorg voor een zo schoon mogelijke wond. Direct na het ontstaan bloedt een wond, waardoor hij wordt schoongespoeld. Als je na het reinigen van een wond niet zeker bent of hij schoon genoeg is, kun je besluiten de wond te spoelen met een speciale spoelvloeistof. De keuze van de spoelvloeistof wordt door de arts bepaald, net als het andere wondbehandelingsmateriaal.
 - 6 Zorg voor een goede ondersteuning van de wond. Om bloedingen uit de wond tegen te gaan, worden wonden gehecht. Zwaluwstaartjes (ingeknipte leukoplast) of steristrips kunnen bij kleine wonden voldoen. In andere gevallen kan een arts of verloskundige de wond hechten met garen of metalen nietjes (agrafen). Vervolgens kan een steunverband worden aangebracht. Daarnaast is het van belang om de zorgvrager te leren hoe hij zelf de wond kan ondersteunen bij drukverhogende handelingen, zoals hoesten en persen bij de stoelgang. Soms moet je de zorgvrager daarbij helpen.
 - 7 Observeer de wond. Iedere wond geneest met ontstekingsverschijnselen. Die verschijnselen zijn:
 - roodheid van de huid rond de verse wond;
 - pijn;
 - warmte op de plaats van de wond (soms heeft de zorgvrager lichte verhoging);
 - functieverlies.
 - 8 Voorkom verslechtering van de toestand van de wond. Inspecteer de wond en het verband altijd goed op infectieverschijnselen en bloedingen. Als je een van deze verschijnselen aan de wond observeert, moet je de verantwoordelijk verpleegkundige, leidinggevende, arts of verloskundige waarschuwen. Controleer bij ernstig bloedverlies de vitale functies om een shock te voorkomen. Laat de zorgvrager niet alleen, maar laat hulp halen. Bij een dreigende shock leg je de zorgvrager in de houding van Trendelenburg, dus met het hoofd lager dan de benen. Meet de grootte van de wond vóór de behandeling en doe dit ook regelmatig tijdens de wondbehandeling. Je kunt dan bepalen of de wond verbetert. De wond is geïnfecteerd als:
 - de normale ontstekingsverschijnselen na de derde dag verergeren;
 - er pus uit de wond komt;
 - de wond gaat stinken.
 - 9 Bescherm het omliggende weefsel. Je kunt het omliggende weefsel beschermen door:
 - steriel te werken;
 - bij geïnfecteerde wonden van buiten naar binnen te werken en bij schone wonden van binnen naar buiten;
 - het omliggende weefsel droog te houden om verweking tegen te gaan;
 - rond de wond een beschermende zalf aan te brengen (bijvoorbeeld zinkzalf), altijd in overleg met de behandelend arts.

- 10 Voorkom onnodige pijn: een wond is meestal pijnlijk. Geef in overleg met een arts voorafgaand aan de wondverzorging eventueel pijnmedicatie. De verzorging van de wond kan helaas niet altijd pijnloos gebeuren. Onnodige handelingen, zoals het meetrekken van haartjes of het lostrekken van aan de wond vastgekleefd gaas, kun je vermijden. Let ook op de volgende punten:

- ✿ knip haren weg vóór het aanbrengen van hechtpleisters;
- ✿ gebruik zo mogelijk minder sterk hechtende pleisters;
- ✿ steun de huid bij het verwijderen van de pleisters;
- ✿ week verband los;
- ✿ gebruik niet-hechtend verbandmateriaal;
- ✿ laat de wondverzorging zo veel mogelijk door dezelfde personen doen;
- ✿ neem voldoende tijd en rust;
- ✿ vermijd zo mogelijk het gebruik van bijtende stoffen zoals alcohol;
- ✿ dien pijnmedicatie toe op de voorgeschreven tijd.

2 Kiezen van wondbehandelingsproducten

Bij het kiezen van producten voor een wondbehandeling kijk je in de eerste plaats naar de zorgvrager en dan naar wat voorgeschreven is. Daarnaast ben je ook afhankelijk van de instelling of organisatie waarvoor je werkt of van de middelen die een zorgvrager in huis heeft. We bespreken een aantal voorwaarden waaraan de producten moeten voldoen.

Het juiste product kiezen voor een wondbehandeling

Bij de keuze voor een specifiek product houd je de volgende aandachtspunten in het oog:

- ✿ Het product moet zorgvrager-vriendelijk zijn.
- ✿ Het product moet doeltreffend zijn.
- ✿ Het product mag geen giftige of weefselbeschadigende werking hebben.
- ✿ Bijwerkingen mogen slechts zeer zelden voorkomen.
- ✿ Het product moet makkelijk te gebruiken zijn.
- ✿ Gebruik zo min mogelijk verschillende producten bij de verzorging van een wond.
- ✿ Beperk de kosten; vergelijk de kosten van gelijkwaardig materiaal.
- ✿ Gebruik zo mogelijk milieuvriendelijke producten.

Algemene richtlijnen verbandmiddelenkeuze

Vermiddelen per wondkleur		
Rode wond	Gele wond	Zwarte wond
alginaat	alginaat	alginaat
hydrocolloïd	hydrocolloïd	hydrocolloïd
hydrofiber	hydrofiber	
hydrogel	hydrogel	hydrogel
siliconenverband	siliconenverband	
schuimverband	schuimverband	
transparant folie	transparant folie	transparant folie
natte gazen (met water)	natte gazen (met reinigingsvloeistof of met water)	natte gazen (met reinigingsvloeistof of met water)
absorberend verband	absorberend verband	absorberend verband
vette gazen	<input type="checkbox"/> geurneutraliserend verband <input type="checkbox"/> antibacterieel verband <input type="checkbox"/> dextranomen	<input type="checkbox"/> geurneutraliserend verband <input type="checkbox"/> dextranomen <input type="checkbox"/> enzymatische necroseoplosser
wondrandbeschermer	wondrandbeschermer	wondrandbeschermer.

Bron: Zakboek Verpleegkundige handelingen, N. ten Brink, M. Smink, J. Witkamp-van der Veen, 2014

Kenmerken verschillende verbandmaterialen	
Soort verband	Kenmerken
Alginaat	Reinigt, kan necrose oplossen en heeft een groot absorberend vermogen.
Absorberend verband	Neemt (een overmaat aan) vocht op.
Antibacterieel verband	Remt bacteriegroei.
Dextranomen	Heeft een absorberende en reinigende werking.
Enzymatische necroseoplosser	Lost necrotisch weefsel op zodat dit weggespoeld kan worden.
Geurneutraliserend verband	Neutraliseert de geur, vaak met behulp van kleine deeltjes koolstof. Dit verband mag daarom niet (op maat) geknipt worden.
Hydrocolloïd	Kleeft niet aan de wond, zorgt voor behoud van een vochtig milieu, dekt de wond helemaal af, kan een paar dagen blijven zitten.
Hydrofiber	Verandert in contact met wondvocht in een comfortabele, zachte gel en creëert een goed wondgenezingsmilieu.
Hydrogel	Zorgt voor behoud van een vochtig milieu, wat het zelfreinigend vermogen van de wond stimuleert. Heeft een gering absorberend vermogen.
Natte gazen	Kunnen met kraanwater of speciale vloeistof bevochtigd worden.
Siliconenverband	Maakt atraumatische verbandwissel mogelijk en voorkomt verweking van de wondranden. Kleeft niet aan de wond.
Schuimverband	Maakt necrotisch weefsel zacht en heeft een redelijk absorberend vermogen.
Transparant folie	Beschermst de huid tegen bacteriën, maakt observatie van het onderliggend proces mogelijk. Laat wel zuurstof door.
Vette gazen	Voorkomen uitdroging en kleven van verband aan het wondbed (mits tijdig verwisseld).
Wondrandbeschermer	Beschermst de randen van wonden tegen de inwerking van (wond)vocht en pus, dan wel tegen uitdrogen.

Bron: Zakboek Verpleegkundige handelingen, N. ten Brink, M. Smink, J. Witkamp-van der Veen, 2014

3 Stappen van wondverzorging

Voor de verzorging van alle wonden gelden vier vaste stappen. Deze stappen zijn gericht op hygiëne, inspectie en verzorging. Bij elke stap verricht je een aantal handelingen.

Vier stappen van wondverzorging	
Stap 1: Verbandmateriaal verwijderen	<input type="checkbox"/> Pas handhygiëne toe. <input type="checkbox"/> Zet alle materialen klaar. <input type="checkbox"/> Vraag de zorgvrager de juiste houding aan te nemen. <input type="checkbox"/> Trek handschoenen aan. <input type="checkbox"/> Verwijder het materiaal en werp het in de afvalbak.
Stap 2: Wond inspecteren	<input type="checkbox"/> Inspecteer de wond regelmatig aan de hand van het TIME-model: grootte, diepte, vorm, geur, kleur, wondranden, vocht, ontstekingsverschijnselen. <input type="checkbox"/> Waarschuw bij tekenen van een infectie, geel beslag of necrose een arts. <input type="checkbox"/> Maak eventueel een foto van de wond. <input type="checkbox"/> Inspecteer de huid rondom de wond op kleur en temperatuur.



	<input type="checkbox"/> Maak de omgeving van de wond schoon.
Stap 3: Wond verzorgen	<input type="checkbox"/> Verwissel het verband niet vaker dan nodig. <input type="checkbox"/> Trek de handschoenen uit en trek schone aan. <input type="checkbox"/> Verzorg de wond volgens voorschrift. <input type="checkbox"/> Bescherm de wondranden tegen vocht. <input type="checkbox"/> Douche of spoel de wond met kraanwater op lichaamstemperatuur (kraan eerst 30 seconden laten lopen) of fysiologisch zout. <input type="checkbox"/> Gebruik steriele materialen als dat nodig is. <input type="checkbox"/> Zorg ervoor dat het verband de wondbodem raakt. <input type="checkbox"/> Gebruik zalven en crèmes uit een tube en gebruik telkens een schone spatel. <input type="checkbox"/> Maak de omgeving van de wond nogmaals schoon.
Stap 4: Wond verbinden	<input type="checkbox"/> Dek de wond af met het juiste verbandmateriaal. <input type="checkbox"/> Rapporteer de handeling en je observaties: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> grootte van de wond <input type="checkbox"/> kleur van de wond <input type="checkbox"/> aanwezigheid van beslag in de wond <input type="checkbox"/> kleur van de wondranden <input type="checkbox"/> kleur van de huid rondom de wonden <input type="checkbox"/> bijzonderheden van de wondverzorging

Zwarte wonden verzorgen



Een zwarte wond kun je herkennen aan een zwart-blauwe korst, die de wond geheel of gedeeltelijk bedekt. Vaak zie je een combinatie van gele en zwarte wonden, met wondranden die er rood en gezwollen uitzien. Als je de wondranden aanraakt, ervaart de zorgvrager dat meestal als zeer pijnlijk. De zwarte korst is echter gevoelloos, omdat die bestaat uit dood weefsel (necrose). Dit wordt ook wel gangreen genoemd. Als dit necrotische weefsel vochtig is, is het een goede voedingsbodem voor bacteriën. De wond kan dan geïnfecteerd raken, geneest niet en wordt alleen maar groter. Is het necrotische weefsel droog, dan kunnen hierin meestal geen bacteriën groeien. Toch ontstaat er soms een infectie of ontstekingsreactie onder de droge, necrotische korst.

1 Necrose

Oorzaken van necrose zijn:

-  schadelijke invloeden van buitenaf, zoals een infectie of verbranding;
-  een belemmering in de aanvoer van zuurstof en voedingsstoffen door een verstoring van de circulatie ter plaatse van de necrose.

De verschillende vormen van zwart weefsel

-  Er is sprake van een zwarte, harde korst zonder ontstekingsverschijnselen. Hierbij is een beschermend verband voldoende. De droge korst zal er op den duur vanzelf af vallen en vaak heeft zich daaronder al granulatieweefsel gevormd.
-  Er is sprake van een zwarte necrosekorst met ontstekingsverschijnselen. Wanneer de arts voelt dat het weefsel onder de korst is aangetast, zal hij tot necrotomie (wegnijden van het dode weefsel) overgaan. Voordat hij dit doet, kun je de korst laten verweken met bijvoorbeeld gazen gedrenkt in NaCl 0,9%, hydrocolloïden of hydrogels.

- Er is sprake van vochtige, zwarte of vervloeide necrose in een gele wond. Als de wond hoofdzakelijk geel is, maar ook zwarte of vervloeide necrose bevat, moet eerst de necrose worden verwijderd.

Producten voor de verzorging van zwarte wonden:

- gazen gedrenkt in reinigende vloeistof of fysiologisch zout;
- hydrogels;
- geurneutraliserende verbanden.

2 Autolyse

Bij een droge harde korst zonder ontstekingsreacties laat je de natuur zijn werk doen. Door de korst droog te houden, zal hij er vanzelf af vallen en komt gezond weefsel tevoorschijn. Het lichaam is dus zelf in staat het necrotische weefsel op te ruimen. Dit noem je autolyse.

3 Wondtoilet (débridement)

Om een goed débridement uit te voeren zijn er zes verschillende technieken die kunnen worden gebruikt:

- Autolytisch: hierbij wordt gebruikgemaakt van lichaamseigen enzymen en wondvocht. De wond wordt verbonden met een occlusief of semi-occlusief verband. De wond wordt hierdoor vochtig en zachter, waardoor necrose uiteindelijk kan verweken.
- Biologisch: wordt gedaan met levende organismen zoals maden. Met maden kunnen aanzienlijke hoeveelheden necrose worden verwijderd. Vooral grijs-witte necrose en gele wonden kunnen gemakkelijk worden gereinigd, om vervolgens granulatievorming te bevorderen.
- Chirurgisch: dit gebeurt in de praktijk meestal met een scherpe lepel (curette) of mes. Het schoonschrappen van een wondbodem met een scherpe lepel wordt gedaan bij oppervlakkige natte necrose en om stolsel te verwijderen.
- Enzymatisch: hierbij worden enzymen van buiten af op de wond gebracht om necrose op te lossen. Er wordt gebruikgemaakt van een crème met streptokinase of andere collagenases.
- Mechanisch: necrose wordt gescheiden van gezond weefsel. Hieronder valt ook de traditionele nat-droogbehandeling, waarbij natte gazen op de wond worden geplaatst, die met kracht worden verwijderd als deze droog zijn.
- Chemisch: bij veel necrose is een korte behandeling met bijvoorbeeld Eusol 3x per dag mogelijk.

Meer informatie: zoek op 'débridement' op www.startwondverzorging.nl.

4 Zorgactiviteiten bij het verzorgen van wonden

Voordat je de wond gaat verzorgen, sta je stil bij de beleving van de zorgvrager: is hij erg ziek, heeft hij pijn, is hij angstig of vindt hij aandacht juist prettig? Je kunt je voorstellen dat een wond die er eng uitziet, zeer pijnlijk is en ook nog eens sterk ruikt, een belasting is voor de zorgvrager. Bedenk dat er bovendien sprake kan zijn van verminking, afhankelijk van de plaats en de ernst van de wond. Sta stil bij wat er leeft bij de zorgvrager en praat erover. Beweer niet meteen dat de wond er mooi uitziet, maar luister eerst naar wat de zorgvrager aangeeft en ga daar op in. Kortom, probeer je in te leven in de situatie van de zorgvrager.

Werk tijdens de wondzorg aseptisch, voorkom kruisinfectie en neem de algemene regels voor een goede wondverzorging in acht.

Hoe ga je om met een sterk ruikende wond, zonder de zorgvrager te beledigen?

Een enkele keer ruikt een wond zo sterk dat je er misselijk van kunt worden of misschien de neiging hebt om te braken. Maak de zorgvrager duidelijk dat je je niet lekker voelt en even de kamer verlaat.

Dek de wond toe en dek de zorgvrager toe. Verlaat de kamer en ga naar een ruimte waar frisse lucht is. Ga bij jezelf na of je de wondverzorging kunt afmaken. Als dat zo is, ga je met schone steriele handschoenen terug naar de zorgvrager en ga je door met de wondverzorging. Anders licht je een collega of leidinggevende in, en vraag je of zij de wondverzorging wil overnemen.

Gele wonden verzorgen

Gele wonden zijn wonden met een geel beslag, bestaande uit pus en débris (weefsel en bloedresten). Deze wonden moeten gereinigd worden, waarbij pus débris en overtollig wondvocht worden verwijderd. Als de zorgvrager een infectie heeft, kan de arts opdracht geven een kweek af te nemen om de wond gericht te kunnen behandelen.

1 Diepe gele wonden

Als de wond diep en geel is en veel wondvocht produceert, moet het absorberende verband contact maken met de wondbodem, zodat pus en overtollig wondvocht worden verwijderd. Zo kan zich het nieuwe rode granulatieweefsel vormen.

Producten die je bij de verzorging van diepe gele wonden gebruikt:

- gazen gedrenkt in een reinigende vloeistof om losjes mee te tamponneren;
- hydro-actieve verbanden;
- hydrogels;
- alginaten;
- geurneutraliserende verbanden;
- schuimverbanden;
- transparante wondfolies.

2 Oppervlakkige gele wonden

We spreken van een oppervlakkige gele wond als de wond ondiep is en een geel beslag heeft, maar weinig wondvocht of exsudaat produceert. Exsudaat is vocht dat bij ontstekingsreacties uit de haarvaatjes treedt. Bij zo'n wond moet je een vochtig milieu creëren. Daardoor laat het beslag los en wordt het in de wondbedekker opgenomen, die je vervolgens verwijderd.

3 Ondiepe wonden met exsudaat

Een andere mogelijkheid is dat de wond ondiep is, maar veel exsudaat produceert. De overmaat aan wondvocht wordt opgezogen met absorberend verband. Het bedekkende verband moet je tijdig verwisselen, want een vies verband is een uitstekende voedingsbodem voor bacteriën.

Rode wonden verzorgen

Het rode uiterlijk van de wond wordt gevormd door het tere granulatieweefsel. De wondbodem moet beschermd worden zodat het tere granulatieweefsel verder kan groeien en de wondbodem kan opvullen tot de wond ongeveer op het niveau is met de omliggende huid.

1 Diepe rode wonden

Het bedekkende verband moet contact maken met de wondbodem, maar mag daar niet aan vastkleven.

Bescherm het tere weefsel en zorg voor een vochtige wond.

2 Oppervlakkige rode wonden

Zorg dat de wond vochtig is en voorkom dat de wond geïnfecteerd raakt door de omgeving. Zorg dat het granulatieweefsel niet beschadigt bij de verbandwisseling. Producten die je bij de verzorging van rode wonden gebruikt:

- hydro-actieve verbanden
- hydrocolloïden
- transparante wondfolies
- schuimverbanden die niet aan de wond kleven
- hydrogels
- alginaten
- proteaseremmers
- vette gazen en wondcontactmaterialen
- huidvervangende wondbedekkers

Negatieve druktherapie

Negatieve druktherapie, ofwel VAC-therapie (vacuümtherapie), is een niet-chirurgische methode om een slecht genezende wond te reinigen en het genezingsproces te versnellen. Hierbij wordt negatieve druk of zuigkracht toegepast.

Bij negatieve druktherapie wordt de wondholte opgevuld met een foam of spons. Daaroverheen wordt een luchtdichte afsluiting gemaakt met een transparante folie. Daarna wordt een zuigcanule op de folie geplaatst en op het vacuümapparaat aangesloten. Met behulp van het vacuümapparaat wordt zuigkracht op het wondbed uitgeoefend. Hierdoor krijg je een negatieve druk. De arts neemt de beslissingen over starten, wijzigen en stoppen van de therapie.

1 Effecten van negatieve druktherapie

- afname van perifeer en interstitieel oedeem
- verbetering van de doorbloeding (capillaire bloedvoorziening)
- stimulering van vorming van granulatieweefsel
- vermindering van bacteriële verontreiniging

- verwijdering van ontstekingsvocht of wondvocht (exsudaat) en afvalweefsel (débris)

2 Enkele indicaties negatieve druktherapie

- ⊗ acute en chronische wonden
- ⊗ slecht genezende wonden
- ⊗ open wonden na chirurgische ingrepen
- ⊗ ulcus cruris
- ⊗ diabetische wonden
- ⊗ decubitus
- ⊗ huidtransplantaten
- ⊗ brandwonden
- ⊗ trauma- en orthopedische wonden

3 Enkele contra-indicaties

- ⊗ aanwezigheid van necrotisch/dood weefsel
- ⊗ blootliggende bloedvaten en/of zenuwen
- ⊗ onbehandelde osteomyelitis
- ⊗ aanwezigheid van fistels naar organen of lichaamsholtes
- ⊗ maligniteit in de wond
- ⊗ allergie voor zilver (alleen voor verbanden met zilver)
- ⊗ actieve bloedingen
- ⊗ een verhoogde bloedingsneiging (bijvoorbeeld bij te lage bloedplaatjes of gebruik van bloedverdunnende medicatie)

Voordelen en nadelen van negatieve druktherapie	
Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> □ uitstekende afzuiging van wondvocht □ weinig tot geen lekkages □ verbandwisseling één keer per drie tot vijf dagen □ krachtig reinigend effect □ verhoogt de doorbloeding van de wond doordat de groei van bloed- en lymfevaten gestimuleerd wordt □ bevordert de granulatie en de groei van epitheelcellen (opperhuid) □ vermindering van oedeem □ vermindering van de hoeveelheid bacteriën, dus minder kans op infectie □ geen verweking van de wondranden door wondvocht □ eenvoudig aan te brengen □ zorgvragersvriendelijk 	<ul style="list-style-type: none"> □ ingroei van granulatieweefsel in de foam kan voorkomen bij hoge zuigkracht; het verwijderen van de foam kan dan pijnlijk zijn. □ bij een statische pomp is de mobiliteit van de zorgvrager beperkt □ disposable materialen zijn duur

Bron: Protocollen Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen, Vilans 2014

Decubitus verzorgen

Decubitus betekent verzwering door langdurig liggen. Decubitus wordt ook vaak 'doorliggen' genoemd. Het woord decubitus komt van het Latijnse woord decumbere, dat 'gaan liggen' betekent. Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht. Decubitus wordt ingedeeld in vier categorieën (I, II, III en IV). Decubitus ontwikkelt zich als gevolg van de reactie op externe druk en schuifkrachten.

1 De vier categorieën van een decubituswond

Categorie I: niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid

De intacte huid is lokaal rood en die roodheid is niet wegdrukbaar meestal ter hoogte van een botuitsteeksel.

Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donker gekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring.

Categorie II: verlies van een deel van de huidlaag of blaar

Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis), waardoor een oppervlakkige open wond zichtbaar wordt met een rood, roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan er ook uitzien als een intacte of open/gescheurde, met vocht gevulde of met serum en bloed gevulde blaar.

Categorie III: verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)

Verlies van de volledige huidlaag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondermijning of tunneling kunnen aanwezig zijn.

Categorie IV: verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)

Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Meestal is er sprake van ondermijning of tunneling. Categorie IV decubitus kan ook voorkomen onder een intacte huid.

De categorieën II, III en IV kunnen gepaard gaan met de vorming van veel exsudaat (wondvocht). De wond is dan exsudatief. De wondafscheiding kan helder zijn of bestaan uit pus. Voor meer informatie over decubitus: zie thema Verpleegkundige zorg, onderwerp Complicaties van de bedrust voorkomen.

2 Wondanamnese

De arts besluit tot een wondbehandeling op basis van de categorie van de decubituswond. Wanneer er sprake is van een decubituswond, is het belangrijk om door middel van een wondanamnese alle problemen goed in kaart te brengen.

Bij een wondanamnese stelt de verpleegkundige de zorgvrager de volgende vragen:

- ☞ Heeft de zorgvrager pijn?
- ☞ Hoe voelt de pijn, en wanneer is die het ergst?
- ☞ Wat is de voorgeschiedenis van de wond?
- ☞ Welke maatregelen zijn al genomen?

Bovendien bekijkt en beoordeelt de verpleegkundige het uiterlijk en de omgeving van de wond, zoals:

- ☞ de grootte van de wond;

- de diepte van de wond;
- de kleur van de wond op de verschillende plaatsen;
- de geur en de vochtigheid van de wond;
- of er wondvocht, pus of bloed wordt afgescheiden.

Zij inspecteert de wond via het TIME-model.

Door een goede observatie en door die steeds te herhalen, krijg je een goed beeld van de genezing. Op die manier kun je de behandeling sneller en efficiënter aanpassen.

3 Wat heb ik nodig?

De wondbehandeling bij decubitus hangt af van:

- de categorie van de decubituswond; is het een categorie II-wond, dan inspecteer je de wond dagelijks;
- de plaats van de wond;
- de geur van de wond en de hoeveelheid exsudaat;
- of de zorgvrager wel of niet incontinent is.

De behandeling van decubituswonden is dezelfde als die van de rode, gele en zwarte wond. Verder moet je de algemene maatregelen om de wondgenezing te bevorderen in acht nemen.

Behandeling bij de vier categorieën van een decubituswond			
Categorie	Kenmerken	WCS-classificatie	Behandeling
Categorie I	niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid	dreigende decubitus	Geef (nog meer) aandacht aan preventieve maatregelen.
Categorie II	verlies van een deel van de huidlaag of blaar	blaarvorming	Leg het wondgebied vrij, bescherm het wondgebied met adequate verbandmiddelen.
Categorie III	verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)	oppervlakkige decubitus	Kies verbandmateriaal op basis van kleur, grootte, diepte en vochtproductie van de wond.
Categorie IV	verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)	diepe decubitus	Kies verbandmateriaal op basis van kleur, grootte, diepte en vochtproductie. Vaak is operatief ingrijpen (plastiek) noodzakelijk.

Bron: Zakboek Verpleegkundige handelingen, N. ten Brink, M. Smink, J. Witkamp-van der Veen, 2014

Wondrand

Als er bij een wondrand sprake is van een niet-intacte (verweekte) huid kun je dit laten indrogen door bijvoorbeeld zinkolie te gebruiken. De olie trekt in de huid en de zink die achterblijft droogt de oppervlakte goed in. Verwar dit niet met zinkzalf, want zalf houdt de huid week. De zinkolie moet dun aangebracht worden en resten moeten verwijderd worden met zoete olie.

Zie voor meer informatie ook de Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling, die te downloaden is via www.venvn.nl.

Er is ook een internationale richtlijn ontwikkeld door het European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en het National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, Noord-Amerikaanse variant van de EPUAP).

Wondspoelen

Het doel van wondspoelen is de wond sneller te reinigen. Weefsel en bloedresten (débris), pus en overtollig wondvocht worden op die manier afgevoerd.

Als verpleegkundige pas je wondspoelen toe bij gele en zwarte wonden. Dit heeft ongeveer dezelfde werking als het gebruik van in reinigingsvloeistof gedrenkte gazen.

Voorbeelden van spoelvloeistoffen

Maak decubituswonden schoon met een spoelvloeistof (fysiologisch zout of kraanwater) en spoel de wond 'gietend' schoon of spoel de wond schoon met behulp van een douchekop, zonder het weefsel te beschadigen of bacteriën in de wond te laten komen. Houd er rekening mee dat het schoonspoelen van een wond erg pijnlijk is; laat de zorgvrager, indien mogelijk, de wond zelf uitspoelen.

Vang irrigatievloeistof op en gooi het op een juiste manier weg om kruisbesmetting te voorkomen.

Problemen en oplossingen bij wondspoelen	
Problemen	Oplossingen
Wondspoelen kan pijn veroorzaken	<input type="checkbox"/> Maak afspraken met de arts en de zorgvrager over eventuele pijnbestrijding. <input type="checkbox"/> Dien de pijnbestrijders ruim van tevoren toe, zodat ze optimaal werken tijdens het spoelen. <input type="checkbox"/> Bescherm de eigen kleding.
Verweking van de wondranden	Breng voorzichtig een dun laagje zinkolie rond de wond aan.
De wond kan tijdens de spoeling opeens sterk gaan ruiken	<input type="checkbox"/> Veel spoelvloeistoffen hebben een lichte chloorlucht om deze geuren te bestrijden. Geef zo nodig informatie over de verschillende middelen die verkrijgbaar zijn. <input type="checkbox"/> Er zijn ook huis-tuin-en-keukenmiddelen die geuren kunnen bestrijden, zoals een kopje koffiepoeder op de kast.

Riekende wonden moet je uit hygiënisch oogpunt meerdere malen per dag verschonen. Dat gebeurt in twee stappen:

Stap 1 Je tamponneert de wond met gazen die gedrenkt zijn in fysiologisch zout of kraanwater.

Stap 2 Je brengt een geurneutraliserend verband aan.

Het komt regelmatig voor dat er een wondkweek genomen moet worden, om de juiste antibiotica te kunnen geven. Dit gebeurt in overleg met de behandelend (huis) arts. Bij voorkeur wordt gepuncteerde pus in een spuit of steriele container verzameld. Ook met een wattenstokje kan materiaal uit de wond worden afgenomen.

4 Attitude

Stem je houding af op de beleving van de zorgvrager. Een aantal gevoelens kan daarbij een rol spelen.

Schuldgevoel

Schuldgevoel komt bij enkele zorgvragers voor. Zij vragen zich af: Had ik de decubitus niet kunnen voorkomen? Heb ik wel voldoende meegewerkt om te genezen? Heb ik wel gezond gegeten?

Decubitus kan niet altijd worden voorkomen, zeker niet bij ernstig zieke zorgvragers met een algehele lage weerstand.

Moedeloosheid

Bij een decubituswond kunnen zorgvragers zich moedeloos en machteloos voelen. Bij hun aandoening is een complicatie gekomen die hun genezingsproces in de weg staat. Een zorgvrager kan ook moedeloos worden als de wond maar langzaam wil genezen. Soms leidt de wond tot immobiliteit, waardoor zorgvragers moedeloos zijn omdat hun wereld steeds kleiner wordt. De begeleiding van deze zorgvragers kan bestaan uit bijvoorbeeld het stimuleren van activiteiten op bed of het organiseren van bezoek dat hen afleidt.

Angst

Vooral als de wond niet goed geneest, kan ook angst een rol spelen. Angst om de wond te zien en angst dat het lang gaat duren. Laat de wond zien als de zorgvrager daaraan toe is en vertel steeds wat er verbeterd is ten opzichte van de vorige keer, zodat de zorgvrager moed houdt.

Pijnbeleving

Bij oedeem kunnen er krampen en pijn ontstaan door de circulatieproblemen. Door tegendruk te geven, kan de kramp soms worden verholpen.

5 Levensfase en kenmerken van de doelgroep

De leeftijd van de zorgvrager is heel bepalend voor de manier waarop hij een wond ervaart en ermee omgaat.

Aandachtspunten bij de levensfasen	
Levensfase	Aandachtspunten
Baby's en peuters	Baby's kunnen makkelijker smetten krijgen doordat zij extra babyvet hebben in benen, billen en armen. Belangrijk is dat je de huidplooien altijd observeert, zeker bij warm weer als het kindje meer zweet.
Peuters en kleuters	De kinderen reageren vaak angstig bij het zien van de wond en eventueel bloed, maar ook bij de verzorging van de wond zelf. Ze kunnen tegenstribbelen bij de behandeling van de wond. Beloon ze en geef complimenten als ze weer rustig worden.
Schoolgaande kinderen en pubers	Vooral kinderen in een rolstoel lopen een risico decubitus te krijgen. Door passief bewegen, goede voeding en huidverzorging en antidecubitusmaterialen kan het risico daarop verminderen. Zij willen goed voorgelicht worden, maar weten vaak bij langdurige inactiviteit vaak ook zelf welke maatregelen zij kunnen nemen.
Volwassenen	Zij hebben behoefte aan uitgebreide voorlichting en stellen sneller kritische vragen over de behandeling, zeker als die niet aanslaat. Soms willen ze zelf een aandeel hebben in de verzorging van de wond. Geef dan instructies over de wondbehandeling, maar ook over de hygiëne. Zwaarlijvige mensen observeer je altijd op smetten.
Ouderen	Ze zijn kwetsbaarder en hebben een grotere kans op decubitus, smetten en oedemen. Het is belangrijk om goede voorlichting te geven over hun voeding. Bij ouderen observeer je ook altijd de risicoplaatsen met behulp van decubitusrisicolijsten. Ook onvoldoende beweging leidt soms tot oedeemvorming. Adviseer de zorgvrager meer te bewegen en activiteiten te ondernemen.

Aandachtspunten bij de doelgroepen		
Doelgroep	Maatregel	Reden
Zwangeren en kraamvrouwen	Observeer toename van	Deze zorgvragers kunnen sneller

	oedeem.	oedeem ontwikkelen.
Lichamelijk gehandicapten, zorgvragers met een verstandelijke beperking en chronisch zieken	Observeer altijd op decubitus, smetten en oedeem.	Er is een verhoogd risico op complicaties.
	Houd rekening met hun ervaringsdeskundigheid.	<input type="checkbox"/> Door eerdere ervaringen kunnen zij soms goed aangeven welke behandeling bij hen snel aanslaat. <input type="checkbox"/> Geef alleen de voorlichting die ze nodig hebben.
Zorgvragers met een verstandelijke beperking	Zorg voor voldoende activiteiten en afleiding.	Door de wond of het oedeem kunnen de zorgvragers zich gemakkelijker isoleren.
Psychiatrische zorgvragers	Observeer tijdelijke veranderingen in gedrag.	Door een bijkomend probleem kan er een terugval ontstaan van hun stoornis.

6 Acties

Bij de verzorging van decubituswonden:

- lees je het verpleegplan en leg je alle materialen klaar die je nodig hebt, waaronder verbandmaterialen om de wond te bedekken;
- licht je de zorgvrager in en geef je eventueel voedingsadviezen om de genezing van de wond te bevorderen;
- verwijder je het 'oude verband' met handschoenen aan en inspecteer je de wond;
- trek je vervolgens nieuwe (steriele) handschoenen aan en verzorg je de wond volgens protocol en voorschriften van de afdeling;
- beoordeel je de kleur, bij een gele decubituswond wordt de wond vaak gespoeld;
- observeer je de reactie van de zorgvrager;
- bedek je de wond met een dekkend verband;
- houd je bij het opruimen van de materialen rekening met besmet materiaal, dat gaat in een aparte container.

Hygiënisch werken

Aseptisch werken is altijd belangrijk tijdens de verzorging van een zorgvrager, maar dat geldt in het bijzonder voor de verzorging van een zorgvrager met een wond.

Je zorgt daarvoor door de hygiënische maatregelen ter voorkoming van kruisinfecties in acht te nemen en ze in de praktijk uit te voeren. Veel kruisinfecties ontstaan als bacteriën via de handen van zorgverleners van de ene op de andere zorgvrager worden overgebracht. Voor aseptisch werken gelden de volgende regels:

- Was voor en na iedere wondbehandeling je handen. Doe dit ook na het dragen van wegwerphandschoenen.
- Dek tijdens de wondbehandeling de onderlaag goed af.
- Gooi het oude verbandmateriaal niet los in de afvalzak op zaal, maar doe het direct in een gesloten zak voordat je het in de grote afvalzak gooit. Let erop dat deze zak diezelfde dag wordt verwisseld.

7 Observaties en rapportage van de zorg

Bij wondverzorging is het belangrijk dat je goed observeert en rapporteert. Waarop je let, hangt af van het tijdstip van observeren.

Observaties vóór de handeling

Lees in het verpleegdossier hoe de wond er exact uitzag en hoe de zorgvrager dat beleeft.

Lees wat er is afgesproken over de behandeling. Beoordeel of alle materialen aanwezig zijn en klaar liggen.

Observaties tijdens de handeling

- Observeer de wondgrootte, de diepte, de vorm, de kleur van de verschillende vlakken, de randen, het genezingsproces en noteer dat nauwkeurig.
- Observeer de reacties van de zorgvrager op de wond.
- Observeer eventuele geurtjes.

Observaties na de handeling

- Hoe heeft de zorgvrager de wondverzorging ervaren?
- Zijn de materialen op de juiste manier weggegooid?
- Zijn de observaties van de wond juist genoteerd in het verpleegdossier, desnoods met een tekening?
- Zijn er bijzonderheden te rapporteren?

Voorlichting

Het is belangrijk dat de zorgvrager op de hoogte is van het decubitusrisico dat hij loopt. Hij moet weten wat hij zelf kan ondernemen om dit te voorkomen en wat jij als verpleegkundige daarbij te bieden hebt. Zo kan hij een keuze maken uit de mogelijkheden die hij heeft.

Rapportage

De preventieve maatregelen, de behandelafspraken en de voortgang van de wond zijn in het verpleegdossier beschreven. Het verpleegdossier wordt regelmatig geëvalueerd met de zorgvrager, de arts en de zorgverlener. Aan de hand van de bevindingen van de zorgvrager, arts en zorgverlener worden de afspraken bijgesteld.

Het is van groot belang dat je dagelijks nauwkeurig in het zorgdossier noteert:

- welke observaties je hebt verricht met betrekking tot de wond;
- de behandeling;
- het resultaat van de behandeling.

Noteer in de rapportage over de decubituswond de volgende gegevens:

- Hoe ziet de wond eruit?
- Ruikt de wond?
- Wat zijn de aandachtspunten bij het verbinden?
- Zijn er opmerkingen over de tijden waarop de wond verbonden wordt?
- Gebruikte wondbedekker.
- Gebruikte spoelvloeistof en desinfectans.
- Zijn er nog speciale tips, bijvoorbeeld over de wijze van uitvoeren van de wisselligging?
- Toegepaste medicamenteuze therapie.
- Toegediende pijnmedicatie.

Meld urgente wijzigingen in de toestand van de zorgvrager of van de decubituswond direct aan de coördinerend verpleegkundige en/of de behandelend arts.

8 Evaluatie van de zorg

Bij de evaluatie moet je de volgende afvragen:

- ☞ Hoe heeft de zorgvrager de zorg ervaren?
- ☞ Hoe is hierop gereageerd?
- ☞ Welke algemene en welke specifieke maatregelen zijn er genomen?
- ☞ Vragen de maatregelen om bijstelling?
- ☞ Hoe reageert de wond op de behandeling?

Begeleiding van een zorgvrager met decubitus

De relatie tussen verpleegkundige en zorgvrager is van groot belang in het gehele zorgproces. De wondbehandeling moet zich richten op de individuele zorgvrager met zijn eigen specifieke zorgproblematiek. Omdat elke zorgvrager uniek is, is het niet mogelijk een standaardbehandelplan voor de behandeling van decubitus te geven. Bespreek met alle betrokken disciplines, de zorgvrager en eventueel de mantelzorgers welke behandelingsmogelijkheden er zijn en hoe de behandeling het best kan worden uitgevoerd.

Het verzorgen van de wond kan een langdurige bezigheid zijn. Denk bij de behandeling aan de volgende aandachtspunten.

- ☞ Tijdens de behandeling ligt de zorgvrager steeds in dezelfde houding. Zorg ervoor dat hij in een comfortabele houding ligt voordat je met de behandeling begint.
- ☞ Waarborg zoveel mogelijk de privacy van de zorgvrager. Voorkom bijvoorbeeld dat er tijdens de behandeling iemand de kamer van de zorgvrager binnenkomt.
- ☞ Informeer de zorgvrager over de handelingen die je gaat verrichten. Vaak moet er een wond op de stuit van de zorgvrager worden behandeld, waardoor hij niet kan zien wat er gebeurt.

1 Factoren die de wondgenezing beïnvloeden

Een aantal factoren beïnvloedt de wondgenezing. Deze factoren hebben uiteraard betrekking op de wond, maar ook op de mens als psycho-(socio-)somatische eenheid.

Psychische en sociale invloeden

Een decubituswond kan psychisch zwaar belastend zijn voor de zorgvrager en hij kan zich ervoor schamen. Er kan sprake zijn van een vervelende geur, een (soms) lelijke wond en pijn en ongemak. Ook de oorzaken en gevolgen van een decubituswond kunnen negatieve gevoelens veroorzaken. De zorgvrager kan actief meewerken aan het bevorderen van de wondgenezing. Uit onderzoek is gebleken dat het positief werkt als je de zorgvrager bij de behandeling van de wond betrekt. Vertrouwen van de zorgvrager in de behandelingsmethoden kan een goede uitwerking hebben op het genezingsproces. Als je de zorgvrager open en eerlijk over zijn situatie informeert, neemt dat onduidelijkheid, angst en onzekerheid bij hem weg. De decubituswond kan de zorgvrager belemmeren in zijn sociaal functioneren. Als de wond bijvoorbeeld erg sterk ruikt of zeer pijnlijk is, kan de zorgvrager sociale contacten gaan mijden en loopt hij het risico in een sociaal isolement te komen. Activiteit en rust moeten goed met elkaar in evenwicht blijven. Een goede nachtrust kan de wondgenezing positief beïnvloeden.

2 Voeding en vocht

Bij decubitus ontstaan open wonden. Een extra risico is vochtverlies via de wond. Als de zorgvrager te weinig drinkt, is er gevaar voor uitdroging (dehydratie). Vooral oudere zorgvragers lopen dit risico. In hoeverre je de voedings- en vochttoediening moet aanpassen, hangt af van:

- ☞ de grootte van de wond;
- ☞ de voedingstoestand van de zorgvrager;
- ☞ de vochtbalans.

Ondervoeding kan een negatieve invloed hebben op de genezing van een decubituswond. Omstandigheden die kunnen leiden tot ondervoeding zijn: grotere afhankelijkheid met betrekking tot eten en drinken, kauw- en slikproblemen, verminderde inname van voeding en vocht en ouderdom. In elk decubitusbehandelplan moeten voedingsinterventies opgenomen zijn. Verwijs elke zorgvrager met decubitus naar een diëtist voor vroege beoordeling en behandeling van voedingsproblemen als het resultaat van de screening van de voedingstoestand duidt op (dreigende) ondervoeding. Verwijs zo nodig naar een of meer van de volgende disciplines: voedingsverpleegkundige, medisch specialist, logopedist, ergotherapeut, tandarts. Controleer het gewicht van de zorgvrager en leg dit vast in het dossier van de zorgvrager om het gewichtsverloop en eventueel aanzienlijk gewichtsverlies ten opzichte van het gebruikelijke gewicht vast te stellen. Observeer en beoordeel of de totale voedingsinname (eten, drinken, orale supplementen, enterale/parenterale voeding) voldoende is. Gebruik hiervoor bijv. de SNAQ, SNAQRC of SNAQ65+.

Zie ook: www.nvdietist.nl en zoek op 'SNAQ'.

Aanleggen van zwachtelverbanden

Zwachtelverbanden worden om verschillende redenen aangebracht. Een zwachtelverband kan als ondersteuning dienen, een wond bedekken of onderdeel van een therapie zijn (ambulante compressietherapie). In deze paragraaf bespreken we enkele andere zwachteltechnieken: het aanleggen van een borst- en heupverband en het zwachtelen als therapie bij een stompverband.

1 Aanleggen van een borstverband

Een borstverband wordt aangelegd om wondbehandelingsproducten op een wond te fixeren en een wond tegen binnendringende bacteriën te beschermen, of om steun te geven. Een steungevend borstverband noemen we een suspensorium mammae: een draagverband voor de vrouwelijke borst. Dit kan worden toegepast na een borstoperatie, bijvoorbeeld een borstcorrectie, waarbij extra ondersteuning van de borsten is gewenst.

Wat doe je als een zorgvrager de wond van een borstamputatie niet wil zien?

Probeer de zorgvrager eerst zo te verzorgen dat ze de wond niet ziet. Vertel voorzichtig hoe de wond eruit ziet. Als ze eraan toe is, kun je de wond laten zien. Er zijn ook zorgvragers die samen met hun partner, onder begeleiding, de wond voor het eerst willen zien. Een tussenpersoon, zoals een mammacareverpleegkundige, kan de vrouw en haar partner hierbij ondersteunen. Begrip, uitleg en een hand op de schouder zijn in zo'n situatie erg belangrijk. Wijs de zorgvrager ook op het bestaan van zelfhulpgroepen voor vrouwen bij wie een borst is afgezet: ze kan veel steun hebben aan mensen die het proces al hebben doorgemaakt en ook veel praktische ervaring hebben.

Aandachtspunten en werkwijze bij het aanbrengen van een borstverband

- Besteed voldoende aandacht aan de psychosociale begeleiding van de zorgvrager, in het bijzonder na een borstamputatie.
- Dek de wond met het verband goed af.
- Voorkom zoveel mogelijk dat de zorgvrager last heeft van het verband.
- Let op of de zorgvrager goed, dat wil zeggen diep genoeg doorademt. Door pijn kan de zorgvrager geneigd zijn ondiep te ademen en niet voldoende op te hoesten. Zo kan er een longontsteking ontstaan. In zo'n geval is het wenselijk om de wond tegendruk te geven, om

vooral het ophoesten te vergemakkelijken. Je kunt tegendruk geven door de zorgvrager met de hand of met een kussentje de wond te laten ondersteunen, maar ook met behulp van een steunverband.

- De zwachtels van een steungevend borstverband mogen niet te strak, maar ook niet te los worden aangebracht. Een te strak aangelegde zwachtel geeft drukplekken, bijvoorbeeld in de oksels. Een te los aangelegde zwachtel geeft weer geen druk op plaatsen waar dat juist wel gewenst is.
- Na een borstamputatie houdt het verband wondbedekkende materialen op z'n plaats en fungeert het als drukverband om te voorkomen dat zich te veel vocht ophoopt. Breng over het wondverband en de wondbehandelingsproducten een laag vette watten aan. Daarover wordt de suspensorium mammae geplaatst.

Wikkel bij een steungevend borstverband het verband afwisselend onder de borsten en over de schouder aan de niet-aangedane zijde.

Na het nemen van een biopsie (stukje weefsel voor onderzoek) uit een knobbeltje in de vrouwelijke borst, kun je steriel absorberend verband in een goed steunende beha aanbrengen. De beha vervangt dan de zwachtel. Het absorberende verband moet zo nodig regelmatig worden verschoond. De eerste dag(en) moet de aanprikopening in de gaten gehouden worden; er mag niet te veel vocht uit de biopsieplaats komen. Is dat wel het geval, dan moet de behandelend (huis)arts gewaarschuwd worden. Informeer de zorgvrager over deze mogelijke complicatie en sta stil bij het feit dat het voor haar een onzekere periode in haar leven is.

Wat doe je als een zorgvrager veel pijn blijft houden en slecht doorademt?

Geef dit door aan de arts en vraag om pijnmedicatie. Geef de zorgvrager goede voorlichting over doorademen en uitleg over de pijnstilling. Geef de pijnmedicatie een half uur voor de wondbehandeling.

2 Aanleggen van een heupverband

Het heupverband houdt de wondbehandelingsproducten op zijn plaats en beschermt de wond tegen het binnendringen van bacteriën. Soms heeft het ook de functie van drukverband. Het doel is dan het stelpen van bloedingen.

De indicatie voor het aanleggen van een heupverband is een wond aan de heup of op het bovenbeen. De wond kan ontstaan zijn door een ongeval, maar ook door een chirurgische ingreep. Vanwege de beperkingen die de zorgvrager door het verband ondervindt, bedekt men heupwonden tegenwoordig vaak met een pleister. Na een chirurgische ingreep kan het verband ook dienst doen als drukverband. In dat geval breng je tussen de steriele wondafdekkende laag en de zwachtel een laag vette watten aan. De zwachtel voor het aanleggen van een heupverband is groter dan de gemiddelde zwachtel. Je zult ook meerdere zwachtels nodig hebben om de heup in zijn geheel te kunnen bedekken. Fixeer de zwachtel met een netverband of met een pleister.

Aandachtspunten bij het aanleggen van een heupverband

Het verband wordt circulair en om het bekken heen aangelegd. Het verband is dan ook erg groot. Als het onjuist is aangelegd, kunnen er complicaties ontstaan. Houd daarom rekening met de volgende punten:

- Bevuiling van het verband moet worden voorkomen om de kans op besmetting van de wond zo klein mogelijk te houden. De zorgvrager moet dus op een hygiënische manier naar de wc kunnen gaan. Dat betekent dat je de zwachtel niet te dicht bij de urethra of bij de anus mag aanbrengen.
- Breng de zwachtel onder de juiste spanning aan. Een te strakke zwachtel kan irritatie en beschadiging van de huid veroorzaken in de liezen, op het bekken en op het bovenbeen. Te strak aanleggen kan bovendien afsluiting van de bloedtoevoer naar het been tot gevolg hebben. Je kunt dit probleem vroegtijdig signaleren en ernstige complicaties voorkomen door de benen van de zorgvrager regelmatig te controleren.
- Let op de kleur en de temperatuur van de benen: een koude en witte huid kan op een circulatiestoornis wijzen.
- Controleer of de tijdelijke witte verkleuring die ontstaat als je in de huid knijpt zich weer herstelt.
- Bij een te los aangebrachte zwachtel ontstaan plooien in het verband en loop je het gevaar dat de wond niet overal goed bedekt blijft. De plooien kunnen leiden tot drukplekken. Omdat de huid bedekt is, bestaat het risico dat je de drukplekken niet tijdig ontdekt. Een te los aangebrachte zwachtel kan bovendien afzakken. Dat is niet alleen hinderlijk voor de zorgvrager, maar leidt er ook toe dat wondbehandelingsproducten niet op hun plaats blijven.

De betekenis die de zorgvrager aan het verband geeft, is afhankelijk van:

- het verloop van het onderliggende ziekteproces; de zorgvrager kan zich een aantal dingen afvragen, zoals: Hoe geneest de wond? Zal ik weer goed kunnen lopen?
- de pijn aan de wond;
- de mate waarin de wond de bewegingsvrijheid beperkt.

3 Aanleggen van een stompverband

Als een lichaamsdeel geheel of gedeeltelijk chirurgisch is geamputeerd, ontstaat een stomp. Redenen voor amputatie kunnen zijn:

- een niet-genezende necrotiserende wond op een lichaamsdeel
- carcinomen
- circulatiestoornissen
- letsel na een ongeval

Na een amputatie is het correct verbinden van de stomp erg belangrijk. Het stompverband zorgt ervoor dat oedeemvorming afneemt en dat de stomp in de juiste conische vorm (kegelvorm) komt, waardoor een prothese goed aansluit op de stomp. Je brengt dus het stompverband aan volgens de juiste techniek. Je controleert of het stompverband niet te strak zit, omdat daardoor necrose van de wond kan ontstaan. Ook bij een te los verband zal er geen juiste conische vorm ontstaan. Tijdens de handeling kan de zorgvrager erg emotioneel zijn bij het zien van zijn stomp. Je begeleidt de zorgvrager en ondersteunt hem bij zijn verdriet om het verlies.

Na de amputatie ontstaat er altijd oedeem in de stomp, waardoor de stomp klokvormig wordt. De onderkant van de stomp is dan breder dan de rest van het been of de arm. Om het oedeem te verminderen, moet de stomp dag en nacht gezwachteld worden. De stomp moet geleidelijk gevormd worden door na verloop van tijd de druk bij het zwachtelen op te voeren. Dankzij deze zwachteltechniek zal de stomp uiteindelijk een conische vorm krijgen. Verder is het van belang dat de druk die de zwachtel geeft van onder naar boven afneemt. Daardoor wordt het vocht in het lichaamsdeel afgevoerd. Als je de stomp te strak zwachtelt, worden de bloedvaten afgeklemd. Daardoor kan de amputatiewond gaan necrotiseren oftewel afsterven. Door de stomp te zwachtelen,

went de huid van de stomp aan een permanente bedekking. Dat is nodig om een prothese te kunnen verdragen.

Aandachtspunten bij het aanleggen van een stompverband

- Bij het aanleggen van een stompverband heb je te maken met een zorgvrager die net een groot verlies heeft geleden: het verlies van een been of een arm. Dit heeft blijvende invaliditeit tot gevolg en kan verstekkende gevolgen voor de zorgvrager hebben. Gevolgen die de zorgvrager vaak niet kan overzien en die onoverkomelijk lijken. Hij zal een rouwproces doorlopen. Je zult regelmatig geconfronteerd worden met emoties die bij rouwverwerking horen, zoals verdriet, woede en ontkenning. Door een goede begeleiding kun je het verwerkingsproces positief beïnvloeden. Luister naar de zorgvrager en naar zijn verhaal.
- Neem de tijd voor de verzorging van de stomp. Betrek de zorgvrager zo snel mogelijk bij het verbinden van de stomp.
- Wees alert op schaamtegevoelens ten opzichte van de omgeving en naasten, op fantoompijn (pijn aan het geamputeerde deel alsof het er nog is) en op problemen met het kijken naar of het aanraken van de stomp door de zorgvrager.
- Schakel indien nodig in overleg met de zorgvrager en de andere zorgverleners een deskundig begeleider in, bijvoorbeeld een psycholoog, een maatschappelijk werker of een geestelijk verzorger.

Aandachtspunten bij het zwachtelen van een ledemaat

- Zwachtel van het midden naar de buitenkant toe.
- Maak eerst twee omslagen. Bij een vingerverband om de pols; bij een teenverband om de voet. Bij alle andere verbanden werk je naar het hart toe.
- Leg elke volgende toerslag ongeveer over twee derde deel van de vorige slag.
- Bij een drukverband steken de watten buiten het verband.
- Als je een tweede zwachtel moet gebruiken, leg deze dan onder het einde van de eerste zwachtel.
- Geef tijdens het zwachtelen lichte trek; het lichaamsdeel mag niet afgekneld worden. Een te strak aangelegd verband kan stuwingsveroorzaken!

Hoe ga je om met emoties bij het begeleiden van een zorgvrager na een amputatie?

De emoties van de zorgvrager kunnen je erg aangrijpen. Praat hierover met je collega's of leidinggevende, het lucht op en maakt dat je de zorgvrager weer kunt steunen. Je kunt je hart ook luchten bij vertrouwde mensen uit je eigen omgeving. Vertel dan niet de naam van de zorgvrager, maar alleen de situatie.

Algemene aandachtspunten bij zwachtelen

Bij het zwachtelen van wonden ga je in op de beleving van de zorgvrager en houd je rekening met de levensfase, de kenmerken van de doelgroep en de voorschriften. Je observeert de wond, de fistel en de zorgvrager om complicaties te voorkomen en om andere disciplines te kunnen informeren.

1 Attitude

Je beroepshouding stem je af op de beleving van de zorgvrager, zijn levensfase en aandoening of stoornis. Je kunt met een aantal gevoelens te maken krijgen.

Angst

Het komt voor dat de zorgvrager de wond niet wil zien, uit angst voor wat hij te zien krijgt. De wond verminkt zijn lichaam en hij vindt dat hij er daardoor lelijk uitziet. Hij is bang voor reacties uit zijn omgeving en bang voor de toekomst, zeker bij een amputatie. Het is belangrijk de zorgvrager voor te bereiden op wat hij te zien krijgt. Zeker bij een amputatie zal er een moment komen dat de zorgvrager de wond wil zien. Geef hem eventueel ook een spiegel zodat hij de wond uit allerlei hoeken kan bekijken. Blijf bij hem om hem te kunnen begeleiden. Geef goede voorlichting over de betekenis van de wond voor zijn dagelijkse handelingen.

Onzekerheid

De spanning over hoe de wond er elke keer weer uit zal zien, kan groot zijn. Slaat de behandeling aan, geneest de wond wel en zal een amputatie een plaats krijgen in zijn leven? Het kunnen allemaal vragen zijn die de zorgvrager onzeker maken. Steun hem zoveel mogelijk.

Schaamte

Een verminkt lichaam of een wond die ruikt, kan tot schaamtegevoelens leiden. Bespreek die gevoelens met de zorgvrager. Betrek eventueel – als de zorgvrager dat wil – zijn naasten erbij, zodat iedereen aan de wond kan wennen.

Verdriet en boosheid

Tijdens de verzorging wordt de zorgvrager het meest geconfronteerd met zijn wond of amputatie. Hij kan verdrietig zijn, zich machteloos voelen, opstandig of boos zijn, allemaal verwerkingsreacties. Het is belangrijk dat de zorgvrager de ruimte krijgt om die emoties te uiten.

2 Observatie

Bij het observeren van de zorgvrager ga je methodisch te werk.

Observaties vóór de handeling

- 🕒 Observeer de gemoedstoestand van de zorgvrager, vraag hem of hij de wond wil zien.
- 🕒 Ga zorgvuldig na of je de juiste materialen hebt klaargelegd, volgens opdracht.
- 🕒 Maak een steriel veld.

Observaties tijdens de handeling

- 🕒 Observeer de reacties van de zorgvrager en geef hem de tijd om de wond te bekijken en zijn reactie te uiten.
- 🕒 Observeer de wond uitgebreid voordat je de wondbehandeling gaat toepassen en nadat je de wond gespoeld hebt. Teken eventueel de veranderingen.
- 🕒 Observeer de vorm van de stomp bij een amputatie.
- 🕒 Observeer of het verband niet te strak of te los zit en of het goed gefixeerd is.

Observaties na de handeling

- 🕒 Vraag naar de ervaringen van de zorgvrager.
- 🕒 Ga na wat de bijzonderheden waren en noteer die in het verpleegdossier.

3 Voorlichting en instructie

Je kunt voorlichting geven over:

- 🕒 de reden voor de zwachteltechniek;
- 🕒 de wijze waarop de wond gezwachteld wordt;
- 🕒 de te verwachten pijn, het uiterlijk van de wond enzovoort;

- ☞ wanneer de zorgvrager moet waarschuwen: bij lekken van de wond of lekken door het verband, bij verschuiven van het verband, bij extra pijn, bij koorts, bij klachten van complicaties;
- ☞ wat de zorgvrager met een amputatie wel en niet kan doen in zijn dagelijks handelen.

Een zorgvrager met een geamputeerd lichaamsdeel of met een wond kun je veel instructies geven over rust, leefregels en voeding om de wondgenezing te bevorderen. Ga na of de zorgvrager deze instructies begrepen heeft. Een zorgvrager met een amputatie krijgt instructies over de manier waarop hij in zijn dagelijks leven kan omgaan met zijn geamputeerde lichaamsdeel of met een rolstoel. Vaak zijn daar fysiotherapeuten en ergotherapeuten bij betrokken.

4 Regels en voorschriften hanteren

Bij het aanleggen van verbanden hanteer je verschillende voorschriften en handel je volgens protocol.

Hygiëne

Bij het zwachtelen van de wond is het belangrijk dat je aseptisch werkt. Zo voorkom je dat er wondinfectie of andere complicaties ontstaan. Je wast je handen voor en na de handeling, gebruikt steriele handschoenen en steriele materialen. Je maakt een steriel veld bij de wondverzorging.

Ergonomisch werken

Besteed aandacht aan je lichaamshouding, de werkhoogte en maak ruimte om te bewegen. Een schouderverband leg je makkelijker aan als de zorgvrager in een stoel zit.

Kostenbewust werken

Neem niet meer materialen mee naar de zorgvrager dan noodzakelijk.

Milieubewust werken

Zorg dat de gebruikte materialen in de juiste container worden weggegooid.

5 Coördinatie van de zorg

Bij deze zorg zijn vaak verschillende zorgverleners betrokken, namelijk:

- ☞ de specialist of huisarts
- ☞ de diëtist, die advies geeft over voeding die de wondgenezing kan bevorderen
- ☞ de fysiotherapeut, die hulp kan bieden bij bewegen (met of zonder hulpmiddel) en bij rolstoelpatiënten
- ☞ de ergotherapeut, bij aanpassingen aan het huis na een amputatie;
- ☞ de prothesemaker
- ☞ de mammacareverpleegkundige, die een zorgvrager met een borstamputatie begeleidt
- ☞ een wondverpleegkundige, die gespecialiseerd is in de verzorging van wonden
- ☞ de wijkverpleegkundige in de thuiszorg

Eventuele observaties die wijzen op complicaties of een slechtere wondgenezing geef je direct door aan de arts of leidinggevende.

6 Evaluatie en rapportage van de zorg

Na het zwachtelen stel je de volgende vragen:

- ☞ Wat zijn de ervaringen van de zorgvrager?
- ☞ Zijn er pijnklachten?
- ☞ Heeft de zorgvrager nog vragen?

Je informeert de zorgvrager over de verdere procedure en overlegt hierover zo nodig met andere hulpverleners.

In het verpleegdossier rapporteer je:

- het tijdstip van aanleggen
- de toestand van de zorgvrager
- de toestand van de eventuele wond
- de gebruikte zwachtel en eventuele wondbedekker
- eventuele bijzonderheden

Ambulante compressietherapie

Een compressieverband of drukverband wordt aangelegd om oedeem te verminderen en een betere doorbloeding van de huid te stimuleren. Het aanbrengen van zwachtelverbanden heeft verschillende doelen. De ambulante compressietherapie heeft een therapeutische functie. Compressie betekent 'druk' en ambulant 'moeten bewegen'. De ambulante compressietherapie wordt gebruikt als druktherapie. Wanneer de aderen niet goed functioneren, wordt de huid dun en atrofisch. Hierdoor ontstaat een toename van de hoeveelheid vocht tussen de cellen (oedeem).

Wanneer de aderen niet goed functioneren, wordt de huid dun en atrofisch. Hierdoor ontstaat een toename van de hoeveelheid vocht tussen de cellen (oedeem). De combinatie van een slechte huid en oedeem kan leiden tot een ulcus cruris venosum of UCV. Een UCV of open been is een zweer die het gevolg is van het slecht functioneren van en/of afwijkingen aan de aderen.

Slechtwerkende aderen van het onderbeen kunnen door een aantal factoren ontstaan, onder andere door veel staan, spataderen of door een trombosebeen.

Het ontstaan van slechtwerkende aderen is een proces van jaren. Als het veneuze bloed in het been via de oppervlakkige, direct onder de huid liggende venen naar de onderste holle ader stroomt, en niet via de diepe beenvenen, zetten de oppervlakkige venen uit. Door de hoge druk in de oppervlakkige venen ontstaan spataderen en oedeem van de huid.








De kwaliteit van de huid wordt dan minder. Als mensen veel staan, wordt de afvoer van het veneuze bloed bemoeilijkt. De pompwerking van de kuitspieren ontbreekt dan. Wanneer er veneuze circulatieproblemen in de benen bestaan, wordt de huid slecht gevoed. Het gevolg is dat er spontaan, of door stoten of vallen, een weefseldefect kan ontstaan. Door de slechte doorbloeding van de huid geneest een weefseldefect slecht en kan een chronisch ulcus ontstaan.

Als verpleegkundige richt je je bij de verzorging van een zorgvrager met een ulcus cruris vooral op het opheffen van het oedeem. Verder geef je houdings- en bewegingsadviezen ter bevordering van de circulatie.

1 Veneuze en arteriële insufficiëntie






Compressietherapie kan niet altijd worden toegepast. Bij een chronische veneuze insufficiëntie van de benen mag je de therapie wel toepassen, maar bij een arteriële insufficiëntie van de circulatie in de venen zeker niet.

Symptomen van een chronische veneuze insufficiëntie:

-  Krampen in de kuit, vooral 's nachts.
-  's Avonds dikke enkels en onderbenen door het oedeem.
-  Moe en zwaar gevoel in de benen; dit gevoel neemt af bij het lopen of bij het omhoog plaatsen van de benen en verergert bij het zitten of staan.
-  Vaak uitgezette bloedvaten aan de zijkant van de voetzool.
-  Pigmentaties (donkere verkleuring van de huid) van de onderbenen.
-  Dunne witte huidplekken met daaromheen vuurrode puntvormige capillairen (atrofie blanche).
-  Wondvorming, meestal aan de buitenkant van de enkel, niet scherp begrensd.





Een arteriële insufficiëntie in een been ontstaat meestal door aderverkalking in de arteriën die het bloed naar het been transporteren. De toevoer van zuurstofrijk bloed naar het been vermindert. Wanneer je vervolgens een drukverband aanlegt, kan de toevoer van bloed nog meer bemoeilijkt worden. Om arteriële insufficiëntie uit te sluiten, wordt de enkel-armindex bepaald. Hiervoor wordt de bloeddruk van de enkels en de bovenarmen gemeten. De verhouding tussen de bovendruk in de onderbenen en de armen is de enkel-armindex. Normaal is de bloeddruk in de slagader in de enkel vrijwel gelijk aan die in de arm. Bij een vernauwing in het been is de bloeddruk in de enkel lager dan die in de arm.

Symptomen van een arteriële insufficiëntie:







-  Koude, witte voeten en onderbenen, met soms paarsrode of paarsblauwe verkleuring.
-  's Nachts pijn in de benen; de pijn vermindert als de zorgvrager de benen uit bed laat hangen.
-  Pijn in de kuit bij het lopen van een bepaalde afstand; de pijn verdwijnt als de zorgvrager stilstaat, dit noemt men ook wel etalagebenen.
-  Wondvorming, meestal aan de voorkant van het been of aan hiel of tenen; de wond is scherp begrensd.
-  Geen pulsaties bij de enkels en op de voetrug.

Als verpleegkundige mag je nooit zelfstandig beslissen om compressietherapie toe te passen.

2 Enkele indicaties voor compressietherapie

-  onvoldoende werking lymfevaten
-  trombose
-  lipoedeem
-  onvoldoende werking van de bloedvaten (veneuze insufficiëntie)

3 Enkele contra-indicaties voor compressietherapie

-  arteriële insufficiëntie (= onvoldoende werking van de bloedcirculatie door de slagaderen)
-  totale afsluiting van de diepgelegen vaten (totaal afgesloten diep veneus systeem)
-  aanwezigheid van actieve huidaandoeningen
-  allergie voor een van de bestanddelen van de zwachtels of therapeutische elastische kousen
-  hartproblemen (cardiale klachten). (Dit is geen absolute contra-indicatie.)
-  reuma (Het aantrekken van de kous is zeer pijnlijk.)

4 Wat heb ik nodig?

Er zijn meerdere materialen in omloop voor compressietherapie.

Compressie met niet-elastisch drukverband/korte-rekzwachtels

Bij compressie met niet-elastisch drukverband gebruikt men meestal twee niet-elastische zwachtels (korte-rekbandage) per been. De zwachtels die je gebruikt voor compressietherapie moeten goed om het been van de zorgvrager passen. Elk lichaamsdeel heeft zijn eigen vorm en daarom is het noodzakelijk dat de zwachtel zich tijdens het aanleggen vormt naar het te zwachtelen lichaamsdeel. De zwachtels moeten de nodige tegendruk kunnen leveren. Een te grote of te kleine zwachtel kan geen tegendruk geven. Dit verband mag dag en nacht blijven zitten. Korte-rekzwachtels worden het meest in de praktijk gebruikt.

Compressie met elastisch drukverband/lange-rekzwachtels

Elastisch compressieverband (lange-rekbandage) gebruikt men bij zorgvragers met een 'vieze' wond aan het been. Een vieze wond moet je vaak verschonen en daarom is deze eenvoudiger vorm van verbinden praktischer. Dit verband mag alleen overdag om blijven.

Alle genoemde zwachtels zijn wasbaar op dertig graden. Bij elke wasbeurt verliezen ze echter iets van hun rek. Let dus op de rekbaarheid bij gebruik van een gewassen zwachtel.

5 Specifieke aandachtspunten

Attitude

Als een zorgvrager vaatproblemen heeft, zijn er vaak verschijnselen als pijn en oedeem, en beperkingen als verminderde mobiliteit. Als verpleegkundige moet je hiervoor aandacht en begrip tonen. De zorgvrager kan moeite hebben met de veranderde vorm van de benen door het dikke verband. Als je dat merkt, kun je dit bespreken. Een zorgvrager die gezwachteld wordt, krijgt te maken met veel informatie en adviezen over bijvoorbeeld beweging, leefgewoonten en aanschaf van de nodige materialen en hulpmiddelen. De zorgvrager moet de tijd en ruimte krijgen om keuzes te maken en om stappen te nemen die leiden naar een andere leefstijl. Steun hem daarbij en laat hem in zijn waarde.

Voorlichting

De zorgvrager kan zelf veel doen om veneuze insufficiëntie te voorkomen, door de volgende leefregels aan te nemen:

- ☞ Hij moet zwachtels of elastische kousen dragen.
- ☞ Hij kan beter liggen en lopen dan zitten en staan.
- ☞ Hij moet overmatige warmte, zoals vloerverwarming, hete baden en zonnebaden, vermijden (deze veroorzaken een verwijding van de venen en vertragen de opstuwende kracht).
- ☞ Hij moet letten op zijn lichaamsgewicht.

Hoe kun je de informatie zo goed mogelijk overbrengen aan de zorgvrager?

Vertel de zorgvrager over het belang van het zwachtelen. Zwachtels of elastische kousen geven tegendruk van buitenaf op de (spat)aderen en zwellingen. Dit bevordert het terugstromen van het bloed naar het hart. Bespreek de maatregelen die hij kan nemen om het ontstaan van een ulcus cruris tegen te gaan. Bespreek ook de procedures rond het zorgverleningsproces. Vertel de zorgvrager hoe het behandelprotocol eruitziet en wat hem te wachten staat. Vraag naar wensen of opmerkingen over de zorg. Bouw het verhaal op gedurende de regelmatige bezoeken. Je voorkomt dan dat de zorgvrager te veel informatie ineens krijgt.

Acties

Compressie betekent het uitoefenen van druk. Bij het geven van compressie moet de druk het hoogst zijn rond de enkels en vandaar geleidelijk afnemen in de richting van het hart (naar de knie). Dit wordt bereikt door de zwachtel onder constante spanning aan te brengen (van voet richting bovenbeen). Daarnaast moet de druk gelijkmatig worden verdeeld over alle zijden van het been. De zwachtels worden over elkaar heen aangebracht. De ene zwachtel draai je linksom en de ander rechtsom het been. Je zwachtelt dubbel en tegengesteld en geeft druk.

Polsteren

Voordat je de zwachtels aanlegt, moet er – afhankelijk van de vorm van het been – polstering plaatsvinden. Polsteren is het aanleggen van materiaal om de druk van de zwachtel te verdelen en de huid te beschermen. Op uitstekende delen van het lichaam, bijvoorbeeld de enkel, wordt de druk plaatselijk hoger dan op de niet-uitstekende delen. Dit kan decubitus tot gevolg hebben. Bij een onderbeen breng je eerst twee stroken van het veerkrachtige materiaal aan weerszijden van het been aan. Daarna leg je een circulaire winding tussen de enkel en het eerste dikke gedeelte van de kuit. In de ruimte tussen de enkel en de hiel plaats je twee kleine rolletjes en vul je de holte op.

Werkwijze om te zwachtelen volgens de CBO-methode:

- 1 Kijk tijdens het zwachtelen in de rol.
- 2 Zet het verband met een slag om de voorvoet vast. Zwachtel van binnen naar buiten.
- 3 Maak twee slagen om de rest van de voet.
- 4 Maak één spiraalwinding over de hiel. Maak dan een spiraalwinding [\[260748.07.R1\]8094922B\[inline_asset\]](#) op de hiel en [\[260748.07.R2\]8094922C\[inline_asset\]](#) erboven.
- 5 Maak een spiraalwinding [\[260748.07.R1Her\]8094922B\[inline_asset\]](#) op de hiel en [\[260748.07.R2Her\]8094922C\[inline_asset\]](#) eronder. Maak een circulaire slag rond de enkel.
- 6 Volg de vorm van het onderbeen door richting de knie te gaan.
- 7 Maak een (niet te strakke) circulaire slag rond de knie.
- 8 Ga vervolgens terug naar beneden en volg het verband. Maak het verband vast met twee pleisters: nooit strak circulair!
- 9 Breng het tweede verband op dezelfde wijze aan, maar tegengesteld aan de eerste zwachtel: nu van buiten naar binnen.

Aandachtspunten bij compressietherapie

Bij het aanleggen van een zwachtel en bij compressietherapie in het bijzonder is een aantal punten van belang.

- ⦿ Leg de circulaire slagen niet te strak aan. Als de circulaire slagen te strak worden aangelegd, bestaat het risico op het afknellen van bloedvaten. Wanneer de bloedvaten afgekneld zijn, kan stuwing en oedeem ontstaan. Ook bestaat de kans dat er zenuwen afgekneld worden. Dit kan pijn en verlamming veroorzaken.
- ⦿ Controleer bij het aanleggen van een zwachtel voor compressietherapie of de zwachtels niet te strak zijn aangebracht. Je kunt de strakheid van de zwachtels controleren door op de kleur en de temperatuur van de tenen te letten. Ook is het zaak dat je adequaat reageert op klachten van de zorgvrager over koude of tintelende voeten. Vraag altijd direct na het zwachtelen aan de zorgvrager of de zwachtel te strak zit.
- ⦿ Als de zorgvrager pijn heeft, kan dit een reden zijn de zwachtels te verwijderen en opnieuw aan te leggen. Elastische zwachtels moet je niet te ver uitgerekt aanleggen, zodat je het verband niet te strak aanbrengt.
- ⦿ Leg een zwachtel niet te los aan. Als een zwachtel te los zit, geeft dit geen draagcomfort. Het zakt namelijk af. Bovendien schiet het dan zijn doel als drukverband voorbij.
- ⦿ Wees bedacht op trombose bij zorgvragers met vaatklachten. Trombose is de vorming van een bloedstolsel in de diepe vene.
- ⦿ Voorkom druk en wrijving op de wreef. De zorgvrager moet zijn voet tijdens het zwachtelen in een hoek van 90 graden met het onderbeen houden.
- ⦿ Breng zo snel mogelijk nieuwe zwachtels aan. Nadat je de oude zwachtels hebt verwijderd, moet je zo snel mogelijk nieuwe zwachtels aanbrengen. Als je daarmee wacht, zal er weer oedeem ontstaan. Het behaalde resultaat is dan verdwenen en er moet weer opnieuw worden begonnen met compressietherapie.
- ⦿ Bedek de gehele huid. Als de tenenrij tot aan de knie ingezwachteld is, moet alle huid bedekt zijn. Wanneer dit niet gebeurt, kan in de onbedekte delen van de huid oedeem ontstaan of verergeren. Bij stukken huid die niet bedekt zijn, wordt geen tegendruk gegeven.

Aan het begin van de compressietherapie wordt in eerste instantie gewerkt met zwachtels. Pas later wordt soms overgegaan op een therapeutische kous. De redenen hiervoor zijn:

- ⦿ De zorgvrager zal aan het begin aanzienlijk dikkere benen hebben dan aan het eind van de therapie.
- ⦿ De kousen moeten op maat gemaakt worden.
- ⦿ Er kan een ulcus cruris aanwezig zijn.
- ⦿ De zorgvrager wordt eventueel onnodig op kosten gejaagd.

Na verloop van tijd zullen de meeste zorgvragers echter overgaan op het dragen van therapeutische elastische kousen. Bespreek met de zorgvrager wat het juiste moment is om de kous te laten aanmeten. Als de zorgvrager de kous zes weken gedragen heeft, controleert een bandagist de kous. Een bandagist maakt geneeskundige verbandmiddelen en meet deze ook aan. Na de controle wordt de tweede (reserve)kous besteld. Voor het aantrekken van de elastische kous bestaan diverse hulpmiddelen:

- ⦿ een aantreksokje, voor over de voet;
- ⦿ een plastic boterhamzakje, voor over de voet;
- ⦿ rubberen handschoenen, voor een betere grip op de kous;
- ⦿ een aantrekapparaat.

Complicaties en maatregelen bij ambulante compressietherapie	
Complicatie	Maatregelen
Pijn na het zwachtelen	<input type="checkbox"/> Laat de zorgvrager lopen. Als de pijn na 15 minuten niet over is, kan dit duiden op een verkeerd aangelegde zwachtel. Zwachtel dan opnieuw.

	<input type="checkbox"/> Waarschuw een arts, indien de pijn aanhoudt.
Huidirritatie	<input type="checkbox"/> Bij een droge dunne huid kun je de huid voor het zwachtelen insmeren met een vette huidvriendelijke ongeparfumeerde zalf. <input type="checkbox"/> Leg voor het zwachtelen eerst een dun tricot buisverband aan.
Vensteroedeem: als de zwachtels elkaar niet overlappen, ontstaat er een vensteroedeem (bobbels).	<input type="checkbox"/> Verwijder de oude zwachtels. <input type="checkbox"/> Zwachtel opnieuw.
Blauwe tenen na het zwachtelen	<input type="checkbox"/> De zwachtel kan te strak zitten. <input type="checkbox"/> Verwijder de oude zwachtels. <input type="checkbox"/> Zwachtel opnieuw.
Drukplekken	<input type="checkbox"/> Deze kunnen ontstaan bij het verkeerd aanleggen van een polsterverband. <input type="checkbox"/> Verwijder de oude zwachtels en het polsterverband. <input type="checkbox"/> Zwachtel opnieuw.
Trombose	<input type="checkbox"/> Waarschuw een arts.
Witte tenen na het zwachtelen	<input type="checkbox"/> Dit kan duiden op een arteriële insufficiëntie. <input type="checkbox"/> Verwijder de zwachtels direct. <input type="checkbox"/> Waarschuw een arts.
Striemen en blaren	<input type="checkbox"/> Deze ontstaan als er met ongelijke spanning wordt gezwachteld. <input type="checkbox"/> Verwijder de zwachtel. <input type="checkbox"/> Zwachtel opnieuw met constante spanning en volg de vorm van het been.

Aandachtspunten na het aanbrengen van de zwachtels

- ⊗ Na het aanbrengen van de zwachtels is het van belang dat de zorgvrager regelmatig beweegt en blijft lopen. De beweging versterkt het effect van de zwachtels. Door de beweging van de kuitspieren wordt het bloed in de venen in de richting van het hart gepompt (spierpomp).
- ⊗ Goed schoeisel is belangrijk bij het lopen. Bij sommige zorgvragers is het wenselijk om schoenen aan te laten meten, vanwege vergroeiingen of vervormingen van de voeten. Extra steun op de juiste plaatsen in de schoenen biedt vaak gemak. Aangepaste schoenen worden vergoed door de ziektekostenverzekering.
- ⊗ Een goede nagel- en huidverzorging is belangrijk om te voorkomen dat wondjes slecht genezen. Attendeer de zorgvrager zo nodig op de mogelijkheden van het bezoek aan een pedicure.
- ⊗ Optimale voeding is onontbeerlijk. Wanneer de zorgvrager een ulcus heeft, heeft het lichaam meer behoefte aan eiwitten en energie. Pas de voeding hierop aan in overleg met de diëtist.

Observatie

Bij compressietherapie is het belangrijk dat je goed observeert. Waarop je let hangt af van het tijdstip van observeren.

Observaties vóór de handeling

- ⊗ Lees in het verpleegdossier welk verbandmateriaal gebruikt wordt.
- ⊗ Beoordeel of alle materialen zijn klaargelegd.

Observaties tijdens de handeling

- ⊗ Observeer het oedeem: waar komt oedeem voor en is het afgenomen of toegenomen?

- Observeer of het verband niet te strak of te los zit.
- Observeer klachten van trombose.
- Observeer de stand van de gewrichten.
- Observeer de reactie van de zorgvrager.

Observaties na de handeling

- Wat zijn de ervaringen van de zorgvrager?
- Zijn er bijzonderheden?
- Wat moet geregistreerd en gerapporteerd worden?

Coördinatie van de zorg

Loop voor jezelf de aandachtspunten door en maak regelmatig, in samenspraak met arts en zorgvrager, afspraken voor het verdere behandelingsproces. Bij eventuele bijzonderheden neem je direct contact op met de behandelend arts of de eindverantwoordelijke verpleegkundige.

Rapportage van de zorg

In de schriftelijke rapportage vermeld je:

- het tijdstip van verbinden
- eventuele bijzonderheden en complicaties
- het welbevinden van de zorgvrager
- in hoeverre de zorgvrager geïnformeerd is over leefregels en het zorgproces

Evaluatie van de zorg

Evalueer na het zwachtelen de bevindingen samen met de zorgvrager. Hierbij komen de volgende punten aan bod.

- Zijn er klachten?
- Zijn er vragen?
- Zijn er wensen?
- Is er vooruitgang?

Hechtingen

Hechten is het aan elkaar vastmaken van wondranden met behulp van hechtmateriaal. Wanneer een wond groot is en de wondranden ver uit elkaar liggen, kunnen er problemen ontstaan bij de genezing. De bloeding duurt langer en de genezing verloopt langzamer, waardoor er een grotere kans op infecties is. Hoe groter de wond, hoe meer littekenweefsel hoe groter het litteken.

Met een hechting worden de wondranden naar elkaar gebracht, waardoor de wond sneller en mooier geneest. Soms kan een wond niet gehecht worden, bijvoorbeeld als er zich veel bacteriën in de wond bevinden. Zou de wond dan met hechtingen gesloten worden, dan kunnen de bacteriën een infectie veroorzaken. Dit kan zich voordoen bij wonden die ouder dan zes uur zijn. Dergelijke wonden worden open gelaten en moeten spontaan genezen. Soms kunnen de oude wondranden worden weggesneden en kan de wond vervolgens goed worden gereinigd. Zo ontstaat een verse wond, die wel weer gehecht mag worden.

1 Verzorgen van een wond met hechtingen

Een chirurgische wond wordt wel de ideale wond genoemd: de wondranden zijn scherp, de chirurg heeft een steriel mes gebruikt en de huid is van tevoren gedesinfecteerd. Bovendien wordt de wond

direct weer gesloten met behulp van hechtingen of agrafen. Ook na een ongeval worden verwondingen regelmatig gehecht.

Wonden met hechtingen en agrafen moeten hygiënisch worden verzorgd. Dat is één van jouw taken. Na een van tevoren door de arts vastgestelde periode moeten de hechtingen en de agrafen worden verwijderd. Ook dit is een taak van de verpleegkundige.

2 Preventie van postoperatieve wondinfecties

Het is belangrijk om te weten wat je kunt doen om wondinfecties bij operatiewonden zo veel mogelijk te voorkomen. De Werkgroep Infectiepreventie (WIP) heeft aanbevelingen en richtlijnen opgesteld over preventie van postoperatieve wondinfecties. Bij de preventie van infecties onderscheidt de werkgroep zorgvragergebonden en proceduregebonden risicofactoren. De proceduregebonden factoren noemen we hier kort, omdat deze kennis je kan helpen bij het opstellen van het verpleegplan en het bepalen van de aandachtspunten bij de verzorging van operatiewonden.

Risicofactoren voor postoperatieve wondinfecties	
Zorgvragergebonden risicofactoren	Proceduregebonden risicofactoren
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> De soort wond: schoon of vuil. De leeftijd, het gewicht en de conditie van de zorgvrager.<input type="checkbox"/> Dragerschap van <i>Staphylococcus aureus</i>, die moeilijk met antibiotica te bestrijden is.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Opnameduur voorafgaand aan de operatie: hoe langer de opname, des te groter is de kans op besmetting met ziekenhuisbacteriën.<input type="checkbox"/> Het preoperatief verwijderen van lichaamshaar; richtlijn: niet scheren, anders ontharingscrème of tondeuse gebruiken.<input type="checkbox"/> De duur, de aard en het type van de operatie spelen een rol.<input type="checkbox"/> Het gebruik van lichaamsvreemde materialen.

De WIP pleit voor goede hygiëne en preventieve maatregelen tijdens en na de operatie, zoals:

- ☞ het wassen van de handen met een desinfecterend middel en gebruik van handalcohol;
- ☞ het mijden van zorgvragers met een operatiewond door zorgverleners met een huidinfectie of diarree;
- ☞ het desinfecteren van de huid van het operatiegebied met jodiumtinctuur, chloorhexidine 0,5% in alcohol 70%, of povidonjood 2,5% in alcohol 70%; chloorhexidine heeft de beste nawerking;
- ☞ het zo min mogelijk gebruikmaken van drains, omdat die een verhoogd infectierisico geven.

3 Hechtmateriaal

Met een hechting brengt men de wondranden naar elkaar toe, waardoor de wond kleiner wordt en er niet zoveel granulatieweefsel gevormd hoeft te worden. Bovendien is dan de tractie op de wondranden minder. Als de wond klein en niet diep is en de wondranden niet te ver uiteenwijken, gebruikt men vaak zwaluwstaartjes of huidlijm om de wond te hechten.

Zwaluwstaart

Een onmisbaar onderdeel in de verbanddoos is de zwaluwstaart. Dit is een pleister in de vorm van een zandloper. Door de wondranden met behulp van deze pleister naar elkaar toe te trekken, ontstaat er een soort uitwendige hechting. De wondranden mogen niet te ver over elkaar heen liggen, want dan ontstaat een litteken dat als het ware op de huid in plaats van in de huid ligt.

Huidlijm

Uit cosmetisch oogpunt gebruikt men soms huidlijm. Dat kan alleen als de plaats van de wond en de tractie op de wond (wondspanning) dat toelaten. Men gebruikt deze lijm, bijvoorbeeld histoacryl, vooral bij wonden in het hoofd-halsgebied. De lijm hoeft niet verwijderd te worden.

Hechtingen

Met behulp van hechtingen wordt in een wond weefsel naar elkaar toegehaald en vastgezet. Men gebruikt verschillende materialen als hechtmateriaal. Veel gebruikte materialen zijn nylon, catgut, staaldraad en agrafen (een soort nietjes).

- De huid wordt meestal gesloten met nylonhechtingen. Bij een rij enkelgeknoopte hechtingen ziet de wond eruit als een soort ritsluiting.
Als er niet te veel spanning op de wond staat, kan die soms ook worden gesloten met een doorlopende rijghechting (festonsteek). Het litteken is dan veel mooier: je ziet slechts een dun lijntje. De niet-oplosbare nylonhechtingen moeten na een door de arts bepaalde periode worden verwijderd.
- Voor de diepere lagen van een wond gebruikt men meestal catguthchtingen (schapendarm). Deze lossen vanzelf op.
- Een orthopedisch chirurg gebruikt regelmatig staaldraadhechtingen. Deze hechtingen blijven in het lichaam achter. Ze worden door bindweefsel ingekapseld. Op röntgenfoto's zijn deze hechtingen goed te zien. Agrafen zijn metalen hechtingen die men gebruikt bij grotere wonden, waar meer spanning op staat. Sommige agrafen noemen we ook wel 'nietjes'. Als er uitwendig agrafen te zien zijn, zijn er inwendig ook altijd oplosbare draadhechtingen gebruikt. De agrafen worden tijdens de operatie met een speciale tang aangebracht en na verloop van tijd ook weer met een speciaal daarvoor bestemde tang verwijderd ('opengeknepen'). Enkele namen van agrafen zijn: michel, kifa, wachtenfeld. Kifa-agrafen kun je met de hand losmaken door in de oogjes te knijpen. In figuur 17 zie je hoe kifa- en michel-agrafen er op de huid uitzien.

4 Verzorging van een gehechte wond

Bij de verzorging van een gehechte wond maak je onderscheid tussen een niet-lekkende en een lekkende wond.

Niet-lekkende wond

De eerste dagen na een operatie zal elke wond 'lekker', maar na ongeveer twee dagen moet de wond ingedroogd zijn. De WIP adviseert om na de operatie het verwisselen van het verband zo veel mogelijk te beperken. Een schone operatiewond kun je in principe na 48 uur eenmalig verschonen. Daarna hoeft je de wond niet opnieuw te verbinden; de wond mag aan de buitenlucht worden blootgesteld.

Als de zorgvrager dat bezwaarlijk vindt, kun je de wond afdekken met een gewone pleister. Als de wond droog is, mag de zorgvrager weer douchen. Blijf er alert op en vraag naar infectieverschijnselen, zoals lokale roodheid, pijn, zwelling, lekkage, pussig wondvocht.

Deze dagelijkse wondinspectie moet 'op afstand' gebeuren, dat wil zeggen: je blijft zoveel mogelijk van de wond af en beperkt de frequentie van het verwisselen van het verband.

Lekkende wond

Als verpleegkundige heb je de taak de zorgvrager en de wond te inspecteren op verschijnselen die wijzen op een wondinfectie. Je controleert de kleur en de geur van het wondvocht. Is de kleur

geel/wit/groenig en de geur te sterk en onaangenaam, dan is er sprake van pussig wondvocht. Dit wijst op een wondinfectie. De meeste wondinfecties ontstaan op de vijfde of de zesde dag.

De arts zal een wondverzorgingsbeleid vaststellen. In eerste instantie zul je de wond moeten desinfecteren en opnieuw verbinden. Soms verwijdt de arts enkele hechtingen en neemt hij een kweek van het wondvocht. De verzorging van een wond met wondvochtscheiding is erop gericht het wondvocht zoveel mogelijk te laten afvloeien en absorberen. Een lekkende wond zorgt altijd voor een psychische belasting van de zorgvrager. Hij is teleurgesteld omdat hij door de wondinfectie langer in het ziekenhuis moet blijven. Soms komt daar nog bij dat het wondvocht sterk ruikt. Daardoor kunnen schaamtegevoelens ontstaan bij de zorgvrager. Door de wond goed af te dekken en geurneutraliserende middelen aan te bieden, verminder je de geur aanzienlijk. Stimuleer de zorgvrager om, als hij zijn kamer mag verlaten, sociale contacten aan te gaan. Voor de dagelijkse verzorging moet je op het volgende letten.

- ☞ Afhankelijk van de mate van lekkage, moet je de wond één- tot tweemaal per dag inspecteren, verzorgen en reinigen.
- ☞ Verbind de lekkende wond met steriele gazen en dek deze af met een absorberend verband. Zo voorkom je het doorleken van wondvocht en blijven de kleding van de zorgvrager en het beddengoed schoon.
- ☞ Als de wond lekt, mag de zorgvrager soms niet douchen. Dit is afhankelijk van de mate van wondvochtverlies en de ernst van de infectie. Overleg altijd met de arts wat de zorgvrager wel en niet mag.

De zorgvrager met een operatiewond

Een moeilijk genezende (operatie)wond betekent intensieve zorg voor onbepaalde tijd in het ziekenhuis. Belangrijke verpleegkundige aspecten bij deze zorg zijn:

- ☞ pijnbestrijding;
- ☞ geven van informatie;
- ☞ scheppen van een vertrouwensrelatie.

Aandachtspunten voor de verpleegkundige

- ☞ Werk secuur en doelgericht.
- ☞ Toon begrip en straal rust uit, ook als je het druk hebt.
- ☞ Licht de zorgvrager en de mantelzorgers dagelijks in over de toestand van de wond en over het beleid dat gericht is op bevordering van het genezingsproces.

Pijnbestrijding bij wonden

Iedere wond veroorzaakt pijn en soms een groot lichamelijk ongemak. Door een goede pijnbestrijding, maar ook door veel persoonlijke aandacht, kan de pijn verminderen. Bij een normale wondgenezing is de pijn na een paar dagen verdwenen. Als de zorgvrager dan nog over pijn klaagt, kan er sprake zijn van een (beginnende) wondinfectie.

5 Verwijderen van hechtingen en agraferen

In het verpleegdossier van de zorgvrager is vermeld wanneer de hechtingen verwijderd mogen worden. Hechtingen en agraferen worden verwijderd nadat de wond is genezen. Het moment waarop de hechtingen worden verwijderd varieert en gebeurt op voorschrift van de arts. Dit is doorgaans zeven tot veertien dagen na het hechten. Het hangt af van het type operatie en doorbloeding van het wondgebied. Afhankelijk van de wondgenezing en van de conditie van de zorgvrager kan de arts besluiten de hechtingen of agraferen langer te laten zitten.

Enkelvoudig geknoopte hechtingen en agrafen

Enkelvoudig geknoopte hechtingen en agrafen kunnen in één keer of in twee fases (om en om) worden verwijderd. Wanneer alle hechtingen in één keer worden verwijderd, moet je erop bedacht zijn dat de wondranden kunnen wijken (wonddehiscentie) en dat de wond kan openspringen. Bij buikwonden noemen we deze complicatie een 'platzbauch'. Daarom zal de arts bij grote wonden er vaak voor kiezen niet alle hechtingen of agrafen tegelijk te verwijderen, maar in twee fases. In dat geval blijft de helft van de hechtingen/agrafen één of enkele dagen langer zitten. De hechtingen/agrafen liggen dan tweemaal zover uit elkaar.

Verwijderen van enkelvoudig geknoopte hechtingen

- Enkelvoudig geknoopte hechtingen worden om en om verwijderd, om te voorkomen dat er ineens te veel spanning op de wondranden komt.
- Afhankelijk van de pijngrens van de zorgvrager en de plaats waar ze zijn aangebracht, zal het verwijderen van hechtingen gevoelig tot pijnlijk zijn. Het omhoogtrekken van de hechtingen om er met de stitchcutter onder te kunnen komen, veroorzaakt bij de zorgvrager een onaangename sensatie. Bereid hem hierop voor en adviseer hem zoveel mogelijk te ontspannen en te concentreren op een rustige ademhaling.
- Laat de zorgvrager altijd in een voor hem zo comfortabel mogelijke houding liggen of zitten.
- Trek met de anatomische pincet het knoepje van de hechting iets omhoog en knip het draadje vlak boven de huid door. Trek de hechting vervolgens uit de wond.

Complicaties

Bij het verwijderen van hechtingen kunnen complicaties ontstaan.

- Het steunend effect van de hechtingen/agrafen is na het verwijderen opgeheven. Daardoor kunnen de wondranden gaan wijken. Niet alleen de huid, maar ook de onderliggende spierlaag speelt hierbij een rol. Zo is bij een onderhuids abces het risico op een wijkende wond verhoogd, omdat er meer spanning op de wond staat door ophoping van wondvocht. Als de wond wijkt als gevolg van een abces, zal hiervoor een aparte (reinigende) wondbehandeling moeten worden afgesproken. Bij grote wonden zal de zorgvrager nogmaals onder narcose moeten worden gebracht, zodat de wond chirurgisch kan worden gesloten.
- Er kan ook sprake zijn van een iets wijkende schone wond. Zo'n wond kun je (na overleg) extra ondersteunen met een zwaluwstaartje. Zorg er dan voor dat je de wondranden goed aansluit zodat het litteken netjes blijft.
- Een andere complicatie bij het verwijderen van hechtingen en agrafen is infectie. Dit kun je voorkomen door hygiënisch te werken.

Rapportage en evaluatie

Bij de verzorging van een zorgvrager met een operatiewond moet je vooral observeren en zoveel mogelijk van de wond afblijven. De observaties vermeld je in het verpleegdossier.

Aandachtspunten bij rapportage over operatiewonden

- ⦿ Hoe voelt de zorgvrager zich en hoe reageert hij op de situatie?
- ⦿ In welke mate is hij geïnformeerd?
- ⦿ Zijn er ontstekingsverschijnselen?
- ⦿ Zijn er veranderingen waar te nemen bij een geïnfecteerde wond wat betreft kleur, geur en hoeveelheid wondvocht?
- ⦿ Wanneer mogen de hechtingen/agrafen worden verwijderd?
- ⦿ Wijkt de wond?
- ⦿ Wat is de verdere procedure voor de wondbehandeling?
- ⦿ Zijn er wijzigingen?

Het algemene proces van de behandeling en de genezing evalueer je regelmatig met de zorgvrager en met de arts. Dit leg je vast in het verpleegplan/-dossier. Vervolgens stel je de afspraken bij. Ook deze vermeld je samen met de aandachtspunten in het dossier. Als er tussentijds bijzonderheden te melden zijn, zoals complicaties, dan moet je de coördinerend verpleegkundige en/of behandelend arts direct informeren.

Afspraken bij operatiewonden	
Wat zijn de tussentijdse doelen?	Bijvoorbeeld eerst stabilisatie en dan herstel.
Wat is de prognose?	Bijvoorbeeld gevaar voor complicaties door bijkomende ziekte.
Wat zijn de wensen van de zorgvrager?	Bijvoorbeeld behoefte aan pijnbestrijding vóór het verbinden van de wond.
Waar moet je specifiek op letten?	Bijvoorbeeld het risico van het wijken van de wond.

Verzorging van een zorgvrager met een drain

Een drain is een dun kunststof buisje met een opening aan elk uiteinde, dat zorgt voor een verbinding van een deel van het lichaam met de buitenwereld.

Drains worden gebruikt om bloed of overtollig weefselvocht uit bijvoorbeeld een wondgebied, de galwegen of tussen de pleurabladen af te laten lopen en zo de kans op infectie te verkleinen en genezing te bevorderen. Tevens kunnen drains dienen om pus in geïnfecteerde wonden te verwijderen en om wonden te spoelen.

Een drain wordt over het algemeen tijdens een operatie in het operatiegebied achtergelaten en met een hechting in de huid gefixeerd om losraken te voorkomen.

Zodra er ergens in het lichaam een beschadiging is ontstaan, zal het lichaam proberen deze schade zo snel mogelijk te herstellen. De eerste reactie is een vernauwing van de bloedvaten en de vorming van stolsels in deze bloedvaatjes om het bloedverlies zo klein mogelijk te houden. Daarna worden de bloedvaten juist weer wijder en neemt de doorbloeding van het beschadigde weefsel toe. Daardoor worden meer bouw- en voedingsstoffen aangevoerd en kunnen ook meer afvalstoffen worden afgevoerd. Door de verwijding van de bloedvaatjes kunnen ook witte bloedcellen uit de bloedvaten treden. Deze bloedcellen beginnen zo snel mogelijk rommel op te ruimen, zoals kapotte vezels, dode cellen en ook eventueel binnengedrongen vuil en bacteriën. Zonder de extra doorbloeding van het weefsel zou de genezing zeer traag verlopen.

Als de doorbloeding van een bepaald gebied toeneemt, treedt er ook extra vocht uit de bloedvaatjes en wordt het gebied dik, oedemateus. Dit oedeem veroorzaakt druk op de aanwezige zenuwuiteinden,

waardoor pijn ontstaat. Bij uitgebreide schade, zoals bij grote wonden en bij operaties, zullen veel bloedvaatjes zich verwijderen. Hierdoor kan zoveel warmte ontstaan dat de lichaamstemperatuur van de zorgvrager meetbaar verhoogd is. Meestal meet men een subfebriele temperatuur, dus niet hoger dan 38 °C. Als er zoveel bacteriën zijn binnengedrongen dat de witte bloedcellen ze niet allemaal kunnen opruimen, of als de zorgvrager te weinig witte bloedcellen heeft en de bacteriën de kans krijgen zich te vermenigvuldigen, dan zal er in de wond een infectie ontstaan. Als de structuur van weefsel wordt onderbroken, bijvoorbeeld bij een operatiewond, dan ontstaat er een ruimte die zich kan vullen met bloed of andere lichaamsvloeistoffen. Dit is geen goede ontwikkeling, want een holte die gevuld is met bloed (hematoom) of andere lichaamsvloeistoffen, is onbereikbaar voor het immuunsysteem. Uit één bacterie in het vocht ontstaat een grote kolonie bacteriën, waardoor het risico op een wondinfectie wordt verhoogd.

Er kan ook sprake zijn van een abces. Een abces is een opeenhoping van pus in een van tevoren niet bestaande holte in het lichaam. Pus bestaat uit wondvocht met dode witte bloedcellen en eventueel ook dode of levende bacteriën. Pus kan ook steriel zijn. De holte houdt de wanden van elkaar, waardoor een breed gebied ontstaat dat moeten worden opgevuld door littekenweefsel.

1 Wat is een drain?

De drains die na een chirurgische ingreep worden gebruikt, kunnen vlak onder de huid, maar ook dieper in het weefsel worden aangebracht. Dat is afhankelijk van de grootte en de diepte van het geopereerde gebied. Een wonddrain wordt aangebracht als:

- de arts na een operatie een verhoogde afscheiding van wondvocht of bloed verwacht;
- een wond niet goed geneest.

De meest gebruikte drains zijn:

- wonddrain (passief, laag vacuüm – Exudrain; hoog vacuüm – redonsedrain);
- galdrain;
- thoraxdrain – wordt na een longoperatie aangebracht om de onderdruk te handhaven.

2 Soorten drains

Het draineren kan op twee manieren gebeuren:

- onbelemmerd afvloeien: passieve drainage (tampons);
- afvloeien door middel van afzuigen: actieve drainage.

Afhankelijk van de plaats van de drain, de soort wond en weefsel en de verwachte hoeveelheid secreet kiest de arts voor passieve of actieve drainage.

Passieve drainage

Het wondvocht loopt zonder zuigkracht in het opvangreservoir. Dit gebeurt bij een wondbeddrain, een buikdrain. Als de chirurg na een operatie verwacht dat er veel weefselvocht en bloed zal uittreden, legt hij een drain van synthetisch materiaal in het diepste deel van het wondgebied en hecht deze aan de huid vast.

In de volgende paragraaf gaan we uitgebreid in op een vorm van passieve drainage, namelijk capillaire drainage door middel van tampons.

Actieve drainage

Actieve drainage vindt plaats onder invloed van een aanzuigende kracht. Deze zuigkracht ontstaat door onderdruk, dus door een druk die lager is dan de druk in de directe omgeving. Deze methode noemen we de 'vacuümdrainage volgens Redon', (vacuüm- of redondrain) en is het meest toegepaste (postoperatieve) wonddrainagesysteem. Tijdens de operatie brengt de chirurg de steriele drain in, op het diepste punt van het wondvlak. De afvoerslang, met aan de onderkant opzij (lateraal) een aantal

gaatjes, is bevestigd aan een disposable plastic vacuüm- of redonflesje, dat met 160 mmHg onderdruk ten opzichte van de buitenlucht uitoefent. Door de onderdruk wordt het wondvocht uit de diepte van de wond gezogen. Via een rubberen slangetje komt het vocht in het vacuümflesje terecht. Als het vacuüm afneemt, komt de harmonicadop omhoog.

Bij een vacuümdrainage moet je erop toezien dat er in de fles voortdurend een negatieve druk aanwezig is. Als door het afnemen van het vacuüm in het flesje de aanzuigende werking vermindert, moet je het opvangreservoir verwisselen. Als er in de fles geen negatieve druk meer aanwezig is, ontstaat immers het gevaar dat het wondvocht uit het opvangreservoir terugvloeit naar de wond, met als gevolg kans op infectie. Volgens voorschrift van de arts moet je de redonfles daarom één of meerdere malen per 24 uur verwisselen.

3 Verzorging van een wond met een drain

De insteekopening van drains wordt dagelijks gecontroleerd en gedesinfecteerd en weer afgedekt met een steriel gaas. Bij het verzorgen van de drain en het verwisselen van het opvangmateriaal moet je aseptisch werken. Dit betekent dat noch het verbandmateriaal, noch de drain, noch het opvangsysteem verontreinigd mogen worden. Daarom moet je de wond steriel verbinden. Voor de verzorging van de wond met een drain gebruik je twee steriele splitgazen. Na het desinfecteren van de huid rond de insteekopening leg je de inkepingen om en om rond de drain, zodat de wond goed afgeschermd wordt. Leg bij overmatige wondsecretie een steriel wondkussen op de gaasjes en fixeer het verband met pleisters.

Aandachtspunten bij de verzorging van een drain

Er zijn verschillende punten waarop je moet letten bij de verzorging van een zorgvrager met een wondrain.

- Controleer dagelijks de insteekopening van de drain op lekkage, roodheid, korstvorming en pusvorming.
- Meet dagelijks – en wanneer nodig vaker – de hoeveelheid wondsecreet, het afscheidingsproduct van de wond. Lees de hoeveelheid af op de schaalverdeling van de fles en noteer dit in het verpleegdossier. Neem deze gegevens zo nodig ook op in de vochtbalans van de zorgvrager.
- Bij bloedverlies via de drain moet je contact opnemen met de arts. Welke maatregelen getroffen moeten worden, is afhankelijk van de plaats van de drain en de soort wond.
- Een belemmerde afvoer van wondvocht verhoogt het risico op infectie. Observeer bij passieve drainage of er hevelwerking is en bij actieve drainage of het flesje nog vacuüm is en of de drain niet wordt afgekneld. Kun je de oorzaak van een belemmerde afvoer niet onmiddellijk opsporen, waarschuw dan de arts.
- Zorg dat er bij het tillen of draaien van de zorgvrager geen spanning op de drain komt te staan. Deze trekkracht veroorzaakt niet alleen pijn bij de zorgvrager, maar kan ook tot gevolg hebben dat de katheter er uitschiet.
- Als de wondrain goed is aangesloten op het drainage- of opvangsysteem, zal het verband niet snel vuil worden. Het verband hoeft dan niet zo vaak verwisseld te worden, wat de kans op infectie verkleint.
- Zorg dat het opvangreservoir niet te vol loopt. Verwissel het reservoir tijdig om het risico op een infectie te verlagen.

Als de druk in de fles wegvalt, bijvoorbeeld op het moment dat je de fles loskoppelt van de slang, ‘schiet’ de vloeistof die zich in de drain bevindt, terug in de wond omdat er plotseling geen negatieve druk meer is. Om een infectie te voorkomen, moet je de slang en de drain bij het wisselen altijd eerst

afsluiten met een kocher. Na de afsluiting van de drains sluit je de afgeklemdde slang op een nieuwe fles aan. Daarna kun je de klemmen verwijderen. Volg bij deze handelingen de instructies nauwgezet.

Mogelijke complicaties bij een wondrain	
Complicatie	Maatregelen
De drain ligt niet meer goed in wond.	<input type="checkbox"/> Het kan gebeuren dat de drain uit de wond wordt geschoven. Dit kun je zien doordat de wond aan het lekken is of doordat er geen of heel weinig wondvocht wordt geproduceerd. <input type="checkbox"/> Je mag een drain nooit terugschuiven. <input type="checkbox"/> Als de drain uit de wond is, dek je de wond af met een steriel gaasje en waarschuw je een arts.
Lekkage van wondvocht langs de drain.	<input type="checkbox"/> Dit kan ontstaan als er een hechting heeft losgelaten. <input type="checkbox"/> Breng een absorberend verband aan. <input type="checkbox"/> Bij continue lekkage, waarschuw je een arts.
Ontsteking in het wondgebied of rondom de insteekopening van de drain.	<input type="checkbox"/> Controleer de insteekopening van de drain op roodheid en lekkage. <input type="checkbox"/> Meet de temperatuur van de zorgvrager. <input type="checkbox"/> Waarschuw een arts.
De drain loopt niet meer goed door.	<input type="checkbox"/> Zorg ervoor dat de drain niet geknikt is. <input type="checkbox"/> Controleer of de klem van de drain open is. <input type="checkbox"/> Zorg ervoor dat de zorgvrager niet te strakke kleding draagt, want dit kan de uitloop van de drain hinderen. <input type="checkbox"/> Overleg eventueel met een arts.

4 Verwijderen van een drain

Het verwijderen van een drain gebeurt op voorschrift van een arts en is afhankelijk van de wondvochtproductie: bij een productie van minder dan 50 milliliter in 24 uur mag de drain worden verwijderd. Meestal is dat ongeveer rond de vierde dag het geval. Informeer de zorgvrager vooraf goed over het verwijderen van de drain. Hij zal opgelucht zijn, maar ook vragen of het pijn doet. Vertel hem dat de verwijdering mogelijk pijnlijk is en wat je zult doen om de pijn te beperken. Ook leg je uit waarom de drain eruit mag en hoe je dat gaat doen.

Verwijderen van een wondbedrain



Tenzij de arts anders bepaalt, mag de buikdrain nooit in één keer worden verwijderd. De drainopeningen bevinden zich op meerdere plaatsen over een zeer korte afstand. Als je de drain in één handeling verwijdert zonder hem dagelijks enkele centimeters 'aan te halen' (uit te trekken), is het niet ondenkbaar dat er wondvocht achterblijft in de hoger gelegen weefsellagen, met een grote kans op complicaties zoals ontstekingen.

Verwijderen van een vacuümdrain

Als je niet weet hoe de drain is ingebracht, informeer je daar eerst naar bij de arts. Verwijder vervolgens de hechting waarmee de drain aan de huid is bevestigd. Verwijder een redonsedrain zonder dat er vacuüm op staat (de afvoerslang dient afgeklemd te zijn). Druk met een steriel gaasje zacht op de insteekopening en trek de drain uit het wondgebied, in dezelfde richting als waarin hij is ingebracht. Doe dit in een vloeiende maar voorzichtige beweging.

5 Evaluatie en rapportage van de zorg

Rapporteer in het verpleegdossier:

-  de toestand van de zorgvrager
-  de ervaring en reacties van de zorgvrager

- de toestand van de wond
- de hoeveelheid secreet in opvangzak of fles
- eventueel secreet uit de wond
- de toestand van de insteekopening van de drain: roodheid, lekkage
- welke wondbedekker gebruikt is
- de vochtbalans
- eventuele bijzonderheden

6 Beleving van de zorgvrager met een wondrain

Een drain beperkt de bewegingen van de zorgvrager en kan ook nog pijnlijk zijn. Sommige zorgvragers vinden 'zo'n slang uit je lijf' eng. Door je houding, het tonen van begrip en het geven van informatie kun je deze gevoelens verminderen. Als de zorgvrager het gevoel heeft dat je de techniek perfect beheerst en daarbij begrip hebt voor de situatie, zal hij zich eerder gerustgesteld voelen.

Vermindering van pijn

Je kunt iets doen aan de pijnklachten die een zorgvrager heeft als gevolg van een drain. Vaak komt het voor dat de drain pijnlijk trekt aan de hechting waarmee hij aan de huid gefixeerd is. Dit kun je voorkomen door de drain extra vast te plakken met een hechtpleister. Ook het verwisselen van redonflessen kan pijnlijk zijn wanneer de drain niet goed afgeklemd is. In dat geval schiet tijdens het ontkoppelen van de slang vloeistof vanuit de drain terug in de wond. Dit benadrukt nog eens hoe belangrijk het is de drain tijdens het verwisselen van de opvangflessen goed af te klemmen.

Vergroting van de bewegingsvrijheid

De slangen van het drainagesysteem moeten lang genoeg zijn om een bedlegerige zorgvrager zonder bezwaar van houding te kunnen laten veranderen. Voor zorgvragers die mogen lopen, is er op de afdeling soms een speciale draagtas voorradig om het opvangsysteem op een handige en minder opzichtige manier met zich mee te dragen.

Capillaire drainage door middel van tampons

Diepere wonden die veel bloed en/of wondvocht afscheiden, kunnen worden getamponneerd. Tamponneren wil zeggen het inbrengen van tampons in de wond.

Een tampon is opgebouwd uit gazen, samengeperste watten of ander sterk absorberend compact verbandmateriaal. Via de tampon komt een open weg naar de buitenwereld tot stand, vanaf de plaats waar gedraineerd moet worden. Deze vorm van passieve drainage noemen we capillaire drainage. Door de capillaire werking vindt er een licht actief transport van de vloeistof naar buiten plaats. Een nadeel van deze vorm van drainage is dat het moeilijk is de hoeveelheid afgevoerd vocht te meten. Deze drainagemethode is ook niet geschikt als er grote hoeveelheden wondvocht moeten worden gedraineerd.

1 Doel van het tamponneren

Het inbrengen van tampons in een wond gebeurt om verschillende redenen:















- het opnemen van wondvocht, bijvoorbeeld bij een fistel (pijpzweer);
- het opnemen van bloed en het dichtdrukken van het wondgebied teneinde een bloeding te stelpen. Dit gebeurt bijvoorbeeld na de verwijdering van neuspoliepen;
- het verwijderen van wondvocht en het reinigen van de wond. Voor dit doel wordt de tampon gedrenkt in een reinigende vloeistof. Deze methode wordt onder andere gebruikt bij de verzorging van een decubituswond.

Bij deze drie toepassingen schrijft de arts de behandeling voor. Na een ingreep zal de tampon door de arts worden geplaatst. Het verwijderen van de tampon gebeurt op zijn advies. De complicatie waarop je dan bedacht moet zijn, is een nabloeding. Dit geldt vooral bij zorgvragers die bloedverdunners krijgen.

2 Verwijderen van tampons





Bij geïnfecteerde wonden moet je meerdere malen per dag een tampon verwijderen en opnieuw inbrengen om het wondvocht op te nemen en de wond te reinigen.

Benodigdheden bij het verwijderen van tampons:

-  eventueel een pijnstiller, die je ruim voor de ingreep moet geven
-  eventueel een spiegel, zodat de zorgvrager mee kan kijken
-  wegwerphandschoenen
-  een celstofmatje
-  twee steriele pincetten
-  een steriele schaar
-  steriele gazen
-  steriele handschoenen
-  desinfectans
-  eventueel zalf op voorschrift van de arts
-  eventueel een nieuwe steriele tampon van de gewenste samenstelling en breedte, met een reinigingsvloeistof
-  afdekkende steriele verbandmiddelen
-  bevestigingsmateriaal, zoals pleisters
-  een afvalzakje

Informeer de zorgvrager over de handeling die je gaat verrichten. Wees erop bedacht dat de zorgvrager vragen heeft waarop hij een antwoord verwacht. Vertel de zorgvrager ook of de verrichting pijn zal doen, zodat hij zich hierop kan instellen. Het plaatsen en ook het verwijderen van tampons kan zeer pijnlijk zijn. Tijdige pijnbestrijding is daarom een belangrijk aandachtspunt.

3 Verpleegkundige aandachtspunten bij het verwijderen van tampons

-  Kijk in het rapport of er bijzonderheden zijn. Gebruikt de zorgvrager bijvoorbeeld bloedverdunners, dan is er een verhoogd risico op nabloedingen.
-  Help de zorgvrager in de juiste houding en let op zijn (non-)verbale reacties. Reageer hierop en probeer hem op zijn gemak te stellen.
-  Ga rustig en procesmatig te werk. Bij het verwijderen en eventueel opnieuw plaatsen van een tampon (bij een decubituswond) moet je altijd aseptisch werken.
Trek wegwerphandschoenen aan en verwijder eerst het oude afdekkende verband. Pak met de pincet de punt van de tampon die uit de wond steekt en trek deze voorzichtig uit de wond. Als de zorgvrager aangeeft dat hij pijn voelt, moet je stoppen. Is de pijn onverdraaglijk of merk je dat de wond gaat bloeden, overleg dan via de eindverantwoordelijke verpleegkundige met een arts. Ook na het verwijderen van de tampon ga je zorgvuldig te werk.
-  Doe de verwijderde tampon in een afvalzak en bekijk de wond goed. Verbind ten slotte de wond. Volg hierbij de geldende afspraken.

Bij het verwijderen van de tampons moet je er zeker van zijn dat je alle tampons verwijderd hebt. Dat kun je doen door ze te tellen: wat erin is gegaan, moet er ook weer uit. Bij controle van een fistel kun je een lampje gebruiken. Praat met de zorgvrager even na over de ingreep en vraag hem of hij pijn heeft. Regel zo nodig een pijnstiller. Vraag de zorgvrager om door te geven als het verband nat wordt. Dit kan namelijk wijzen op een nabloeding.

4 Observatie, evaluatie en rapportage van de zorg

De eerste uren na het verwijderen moet je letten op de hoeveelheid bloed en wondvocht die afgescheiden wordt en op de kleur van het wondvocht. Dit om eventuele nabloedingen tijdig te signaleren. Op het bedekkende verbandmateriaal kun je met een pen eventuele doorlekplekken aantekenen.

Afhankelijk van het risico op een nabloeding, moet je vervolgens elk kwartier of elk uur controleren of de vlek groter wordt.

Vermeld in het verpleegdossier:

- ☞ dat de tampon verwijderd is, met datum en tijdstip;
- ☞ hoe de wond en het wondvocht eruitzien en of de wond al of niet veel vocht produceert of bloedt;
- ☞ de bevindingen van de zorgvrager;
- ☞ andere aandachtspunten voor je collega's.

Op deze manier kan de wondverzorging tijdig worden bijgesteld en kunnen de observaties doelgericht en op de juiste momenten plaatsvinden.