

2
0
1
3

nursing



.....
Noodsignalen van de
wond

.....
Helen onder druk

.....
Het aantrekken
van steriele
handschoenen

EEN WONDZORG MINDER

Het zal je niet ontgaan zijn dat we in het tijdschrift Nursing regelmatig over wondzorg publiceren. Het is een onderwerp dat altijd actueel is en waar iedere verpleegkundige vroeg of laat mee te maken krijgt. Maar het is ook een heel breed onderwerp. De ene wond is de andere niet. Vandaar ook dat wij het belangrijk vinden dat je als verpleegkundige up to date blijft bij nieuwe ontwikkelingen op het gebied van wondzorg of je kennis nog eens opfrist.

Het bijhouden van je vakkennis kan op verschillende manieren. In Nursing hebben wij regelmatig artikelen waar een test aan is gekoppeld, zoals het artikel *noodsignalen van de wond*. Kun jij aan de foto's zien wat het verschil is tussen een wondinfectie of een bloedende wond? Daar kom je met deze test wel achter. En zo niet? Geen nood. Uiteraard leggen we in het artikel haarfijn uit hoe het dan wel zit. Naast testjes vinden wij dat je ook veel kunt leren van casuïstiek. Bijna iedere maand hebben we wel een casus over wondzorg. Een voorbeeld van zo'n casus is het artikel *helen onder druk* over hyperbare zuurstoftherapie. Het leuke aan deze wondcases is dat ze worden geschreven door verpleegkundigen zelf. En tenslotte besteden we in Nursing ook aandacht aan specifieke verpleegkundige vaardigheden, zoals *het aantrekken van steriele handschoenen*. Lekker praktisch en overzichtelijk.

Natuurlijk is wondzorg niet het enige onderwerp waar we in Nursing over schrijven. Maar daarvoor moet je het tijdschrift misschien zelf eens uitproberen. Voor nu hebben we een paar artikelen over wondzorg van de afgelopen nummers gebundeld, zodat je een beetje een indruk krijgt wat we precies publiceren. Je kunt de pdf's gemakkelijk uitprinten en eventueel gebruiken als naslagwerk. Zomaar gratis en voor niets. Dat is nog eens een wondzorg minder! Laat je ons weten wat je van deze service vindt?

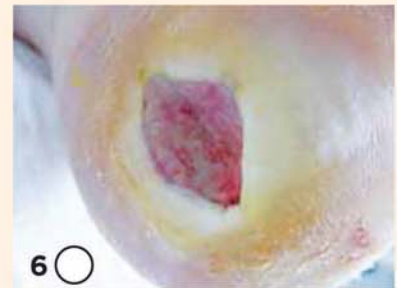
Alexia Hageman
Hoofdredacteur Nursing



NOOD SIGNALEN VAN DE WOND

Doe de test: wat is wat?

tekst **Els Put** fotografie **Wondzorg Support Team, Universitaire Ziekenhuizen Leuven (B)**



A. Wondnecrose **B.** Wondbeslag **C.** Geïnfecteerde hechting **D.** Maceratie **E.** Bloedende wond **F.** Wondinfectie

wondgenezing



1 Wondinfectie bij vasculair ulcus.



2 Geïnfecteerde hechting na een rugoperatie.



3 Wondnecrose bij drukletsel aan hiel.



4 Een bloedende decuibide stuit.

1 Wondinfectie

Wat zie je

- Een abces of evacuatie van pus.
- Of: een wond met een uitgebreide roodheid van de wondomgeving en een toename van beslag, exsudaat en pijn. Infectieverschijnselen zijn rubor, calor, dolor, tumor ofwel roodheid, warmte, pijn en zwelling. Als de wond granulatieweefsel bevat, is dit donkerrood van kleur en bloedt het snel. De wond heeft een slechte geur. Indien meerdere van bovenstaande alarmsignalen aanwezig zijn, beschouw je de wond als geïnfecteerd. De wondheling is vertraagd of duurt langer dan verwacht. Bij een uitgebreide infectie kan de wond ook dieper en/of groter worden.

Wat is het, wat is de oorzaak Kolonisatie van een of meerdere micro-organismen in de wond (bijvoorbeeld *Pseudomonas aeruginosa*, hemolytische streptokokken B of G, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*).

Waarom is het een noodsignaal Een infectie vertraagt de wondgenezing, is pijnlijk en kan de opnameduur van de patiënt verlengen. Een geïnfecteerde wond kan een infectie van het onderhuids bindweefsel en/of een sepsis veroorzaken.

Wat doe je

- Reinig de wond door te spoelen met een fysiologische zoutoplossing of water (eventueel onder de douche).
- Start indien nodig een debridement met een hydrogel (autolytisch debridement) of debrideer de wond mechanisch. De keuze hangt af van

de grootte en de lokalisatie van de wond en de pijn van de patiënt. Tijdens een debridement verwijder je exsudaat, vreemde lichamen, necrotisch weefsel, korsten en verbandresten. Als je hiertoe niet bevoegd bent, vraag dan advies aan een wondzorgverpleegkundige of een arts. In België mag je als verpleegkundige zelf een decubituswond debrideren. Het is een medisch toevertrouwde handeling (C-handeling). In Nederland is het een voorbehouden handeling.

- Neem na het reinigen en voor het ontsmetten van de wond een wondcultuur of -kweek af.
- Ontsmet de wond met een ontsmettingsmiddel op basis van jodium of chloor volgens het protocol in je instelling.

Nazorg en rapportage Evalueer de wond regelmatig. Noteer je observatie in het patiëntendossier.

2 Geïnfecteerde hechting

Wat zie je De wondranden zijn rood, gezwollen en pijnlijk. De hechtingen van de operatiewond staan onder spanning, het wondverband is vervuild.

Wat is het, wat is de oorzaak Een teveel aan een of meer micro-organismen in de wond (bijvoorbeeld *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*).

Waarom is het een noodsignaal De infectie kan een ontsteking van het onderhuids bindweefsel of een sepsis veroorzaken.

Wat doe je Neem contact op met de chirurg die de operatie uitvoerde en vraag om instructies. Meestal zal de chirurg de hechtingen gedeeltelijk of volledig verwijderen en de wond spoelen. Wanneer de wond openligt, neem je een wondkweek af.

Verzorg de wond volgens het voorschrift van de arts, bijvoorbeeld met een antisepticum en met een wiek met een jood- of chlooroplossing, om te voorkomen dat de huid dichtgroeit over de wond en er zo een abces ontstaat.

Nazorg en rapportage Noteer je observatie in het patiëntendossier.

Extra informatie

- Etterpuntjes rond de prikgaatjes van de hechtingen kunnen ook wijzen op een reactie van de huid op de hecht draad. Dan hoeven de hechtingen niet altijd verwijderd te worden. Vraag de behandelend arts om advies.
- Een infectie van een chirurgische wond kan een belangrijke impact hebben op het herstel van de patiënt en op het verliezen van bijvoorbeeld een stent of greffe/graft.
- Een wondinfectie kan wijzen op een verminderde afweer bij de patiënt door een aandoening zoals diabetes of door medicatie (bijvoorbeeld bij reuma- en transplantatiepatiënten).

3 Wondnecrose

Wat zie je Zwarte, witte of grijze verkleuring in de wondbodem.

Wat is het Afgestorven weefsel.

Wat is de oorzaak De necrose ontstaat door onvoldoende aanvoer van zuur-



tuswond op



5 Wondbeslag bij drukletsel op de hiel.



6 Maceratie van de wondranden bij een drukletsel op de hiel.

Hartelijk dank aan Adinda Toppets en Kris Bernaerts, wondzorgverpleegkundigen Wondzorg Support Team, Universitaire Ziekenhuizen Leuven (B), dr. Mieke Flour, Kliniekhoofd Dermatologie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven (B), en aan Karin Timm MA ANP, verpleegkundig specialist intensieve zorg, Polikliniek Dermatologie IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel (NL) en eindredacteur WCS Nieuws.

stof naar de huid door een vasculair probleem, door druk- of schuifkrachten of door een infectie.

Waarom is het een noodsignaal

- Wondnecrose belemmert de wondheling en de aanmaak van granulatieweefsel.
- Een nattende wondnecrose vergroot het risico op een wondinfectie.

Wat doe je

- Je signaleert de necrose. De arts checkt de vasculaire toestand van de onderste ledematen: een vasculair probleem moet immers eerst behandeld worden vóór er (indien nodig) een debridement kan plaatsvinden.
- Verwijder de necrose. Bij een vasculair probleem met arteriële oorsprong kan het aangewezen zijn om de intacte necrosekorst droog te houden en te beschermen tot de onderliggende oorzaak behandeld is, omdat de wond anders toch niet geneest.
- Wanneer druk de oorzaak van de verminderde doorbloeding van de wond is, pas dan drukreducerende maatregelen toe volgens het protocol van je instelling.
- Bij een arteriële oorzaak kan het nodig zijn om eventuele compressietherapie van de onderste ledematen aan te passen of te stoppen.

Nazorg en rapportage Noteer je observatie in het patiëntendossier.

4 Bloedende wond

Wat zie je De wondbodem verliest meer bloed dan normaal.

Wat is het, wat is de oorzaak De patiënt kan een stoornis in de bloedstolling hebben of er zijn capillairen in de wondbodem beschadigd, bijvoorbeeld na een debridement.

Waarom is het een noodsignaal Om een goede genezing mogelijk te maken, moet eerst de oorzaak onderzocht en behandeld worden.

Wat doe je

- Schakel bij een ernstige bloeding de chirurg of behandelend arts in.
- Bij een beperkte bloeding kun je bloedstelpende verbanden gebruiken of lokaal compressie toepassen.
- Neem bloed af om de bloedstolling te laten controleren.

Nazorg en rapportage Controleer regelmatig het bloedverlies. Noteer je observaties in patiëntendossier.

5 Wondbeslag

Wat zie je Een geel (fibrine) beslag over (een deel van) de wondbodem.

Wat is het, wat is de oorzaak Fibrine is het eindproduct van de bloedstolling. De vorming daarvan is een normale reactie in een acute wond. Bij een chronische wond, of bijvoorbeeld bij wondinfectie, wordt extra fibrine gevormd, wat de wondheling kan vertragen.

Waarom is het een noodsignaal Wondbeslag in een wond verhindert de vorming van granulatieweefsel. Toename van fibrinebeslag in een wond kan ook een symptoom van een wondinfectie zijn.

Wat doe je Wanneer er geen vasculaire oorzaak is, kan een deskundige het wondbeslag zoveel mogelijk verwijderen door mechanische reiniging (bijvoorbeeld onder de douche). Blijkt dat onvoldoende, dan is een debridement nodig.

Nazorg en rapportage Noteer je observatie in het patiëntendossier.

6 Maceratie van de wondomgeving

Wat zie je De wondranden en de wondomgeving tonen een witte verkleuring, de huid is fragiel, zacht en glanst.

Wat is het, wat is de oorzaak Wondvocht of extern vocht (bijvoorbeeld door incontinentie) verwekt de huid rond de wond.

Waarom is het een noodsignaal Wanneer je de maceratie niet behandelt, kan de wond groter worden en neemt het risico op een wondinfectie toe.

Wat doe je

- Bescherm de wondranden en de omliggende huid met een barrièrespray of met zinkoxidepasta/zinkolie.
- Gebruik absorberende verbanden om het wondvocht op te nemen en verwissel het verband regelmatig.
- Zorg voor een goede dagelijkse hygiëne bij de patiënt, en zonodig voor extra wasbeurten bij bijvoorbeeld incontinentie of overmatig zweten.

Nazorg en rapportage Noteer je observatie in het patiëntendossier.

Casus 1: chronische, complexe wond



1 De wond bestaat uit kleine eilandjes, waarvan de grootste ongeveer 2 centimeter lang is. De wond is flink geïnfecteerd.



2 Na twintig behandelingen in de hyperbare behandelkamer wordt de wond minder rood en heeft de patiënt minder pijn.



3 Na 32 behandelingen is de normale huidskleur terug en de pijn volledig verdwenen. Ook is de wond nu echt dicht.

Helen onder hoge druk

Hyperbare zuurstoftherapie kan uitkomst bieden bij complexe, chronische wonden. **Toevoer van extra zuurstof brengt de wondgenezing op gang.** Drie casussen van patiënten voor wie deze behandeling een laatste redmiddel was.

tekst **Marloes Oelen** fotografie **Daniëlle Verschut**



In deze rubriek presenteren gespecialiseerde verpleegkundigen wondcases uit hun eigen praktijk. Deze maand: **Daniëlle Verschut**, verpleegkundige hyperbare geneeskunde in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam.

Het principe van hyperbare geneeskunde is simpel: de patiënt krijgt extra zuurstof bij een druk die hoger is dan de normale omgevingsdruk. Waar je in een normale situatie 20% zuurstof inademt, is dat nu 100%. Daarbij zitten patiënten in een speciale behandelkamer waarin de luchtdruk wordt verhoogd naar 2,5 atmosfeer, wat te vergelijken is met de situatie 15 meter onder water. Volgens de natuurkundige *wet van Henry* lost er onder hoge druk meer zuurstof op in het bloedplasma. Het gevolg is dat de extra zuurstof doordringt in de lichaamscellen en dus ook in de weefsels die door verminderde doorbloeding een zuurstoftekort hebben. Er ontstaan nieuwe bloed- en haarvaten (angiogenese), waardoor het weefsel meer zuurstof krijgt én er een goed doorbloed wondbed ontstaat, waar meer voedings- en bouwstoffen kunnen komen. Dit bevordert de wondgenezing en vermindert de pijn. Stugge,

bestraalde weefsels worden soepeler. 'De therapie is altijd gericht op het opheffen van zuurstofgebrek. De behandeling zorgt ook voor vasoconstrictie, waardoor minder oedeemvorming optreedt', zegt Daniëlle Verschut, verpleegkundige hyperbare geneeskunde in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam. 'De meeste patiënten die we op het moment behandelen hebben late radiatieschade en diabetische wonden, aandoeningen waarbij sprake is van een ischemisch gebied dat de wondgenezing hindert.'¹ Een behandeltraject bestaat gemiddeld uit twintig tot dertig sessies, waarbij de patiënt dagelijks (uitgezonderd weekend en feestdagen) 1 uur en 40 minuten zuurstof krijgt toegediend in de hyperbare behandelkamer. Nederlandse zorgverzekeringen vergoeden bepaalde indicaties voor hyperbare zuurstoftherapie vanuit de basiszorgverzekering.² In Vlaanderen worden behandelingen met hyperbare zuurstoftherapie gedeeltelijk vergoed.

Casus 2: late radiatieschade



4 Late radiatieschade door radiotherapie na het operatief verwijderen van een tonsilcarcinoom. De huid is stug en strak getrokken. De wond zorgt voor veel pijn.



5 Na ruim tien behandelingen is de wond niet meer geïnfecteerd. Er komen korstjes op de wond, wat duidt op doorbloeding in het wondbed.



6 Na 41 behandelingen is de wond dicht en is de normale huidskleur terug. Mevrouw heeft meer bewegingsvrijheid, maar de huid blijft stug en fibrotisch.

Casus 1: chronische complexe wond

Een patiënt (60) krijgt in 2005 een mammacarcinoom in zijn linkerborst. Als gevolg van een ongeluk heeft hij een dwarslaesie en krijgt hij al thuiszorg. De tumor wordt operatief verwijderd, hij krijgt geen bestraling. De operatie is succesvol, maar de wond wil niet dicht. Verschillende behandelingen volgen: huidflappen, negatieve druktherapie (VAC®), behandeling met Eusol®, Betadine® gazen, alginaten (Aquacel®, Kaltostat®) en wondgel. Af en toe is er een kleine verbetering zichtbaar, maar genezen doet de wond niet. Inmiddels spreken artsen en wondverpleegkundigen van een chronische wond, waar de patiënt veel pijn heeft. Als pijnmedicatie krijgt hij dagelijks tramadol en als slaapmedicatie temazepam. Door het langsepende traject krijgt de patiënt ook psychische klachten en raakt hij in een sociaal isolement. Zeven jaar na de operatie meldt hij zich bij de afdeling hyperbare geneeskunde in het AMC. De classificatie van de wond gebeurt volgens de zwart-geel-rood methode van WCS, met aanvullende vragen over geur, wondpijn, infectie en ondermijning van wondranden. De wond is ongeveer 12 centimeter lang en 1 centimeter breed. Het wondbed bestaat uit allemaal kleine eilandjes, waarvan de grootste ongeveer 2 centimeter lang is. De eilandjes bestaan voor 98% uit geel en 2% uit rood weefsel (zie foto 1). De VAS-pijnscore is 7. Omdat er al zoveel

geëxperimenteerd is met zalven en verbanden, willen Verschut en haar collega's de patiënt niet te veel belasten en kiezen ze alleen voor een wondgel (Intrasite® hydrogel) afgedekt met een vetgaas (Mepitel®). Meneer start met een dagelijkse behandeling in de hyperbare zuurstoftank, vijf dagen per week. Voor thuis krijgt de thuiszorgverpleegkundige het advies om de wond dagelijks te spoelen onder de douche en voorzichtig droog te deppen. De pijnmedicatie blijft gelijk. Na twintig behandelingen is er sprake van verbetering (zie foto 2). 'De wond lijkt minder rood, het gelige in de wond lijkt op te lossen. Maar veel belangrijker is dat de patiënt aangeeft dat hij minder pijn heeft', zegt Verschut. Daarom wordt de behandeling voortgezet. Na 32 behandelingen is de normale huidskleur terug en de pijn volledig verdwenen. Ook is de wond nu echt dicht (zie foto 3). 'Voorheen leek de wond dicht, maar zodra je er op drukte, sprong hij weer open. Dat gebeurt nu niet meer', zegt Verschut. 'De hyperbare zuurstoftherapie zorgt ervoor

dat er een zuurstofrijk wondgebied ontstaat, waardoor de wondgenezing op gang is gekomen.'

Casus 2: late radiatieschade

Een patiënte (52) onderging radiotherapie na operatieve verwijdering van een tonsilcarcinoom. Ze heeft daardoor een flinke wond in haar hals, van de linker- tot de rechterkaak, die niet geneest (zie foto 4). Op de wond heeft ze alleen een droog gaasje, wat de genezing niet bevordert. Als mevrouw zich meldt bij de afdeling hyperbare geneeskunde heeft ze veel pijn. De huid is stug en strak getrokken. Ze is moeilijk verstaanbaar en kan haar hoofd niet draaien door een bewegingsbeperking. De wondclassificatie volgens het WCS-model laat 80% geel en 20% rood weefsel zien. Het is een oppervlakkige wond van 15 cm lang en 5 cm breed (0,2 cm diep). Omdat de wond geïnfecteerd is, kiezen Verschut en haar collega's Betadine® gazen, die ze twee keer daags verwisselen, naast de dagelijkse

Hyperbare geneeskunde: waar?

Naast het AMC in Amsterdam zijn er in Nederland nog negen andere hyperbare behandelkamers, onder andere bij de Koninklijke Marine, het Instituut voor Hyperbare Geneeskunde (IVHG) en het Hyperbare Zuurstof Centrum Rijnmond (HZCR) in Zwijndrecht. In Vlaanderen heeft het militair hospitaal in Brussel een hyperbare behandelkamer, evenals UZ Antwerpen en het Centrum voor Duik- en Hyperbare geneeskunde in Zeebrugge.

Casus 3: diabetische voet



7 Een diepe, flink geïnfecteerde wond bij een diabetespatiënt, als gevolg van een geïnfecteerde brandwond aan de grote teen.



8 Na een necrotomie slaat de hyperbare zuurstoftherapie pas echt aan en start de wondgenezing.



9 Na 79 behandelingen is de wond bijna dicht. De patiënt gaat op vakantie, wat geen probleem is, want de hyperbare zuurstoftherapie werkt na de behandeling nog drie maanden door.

hyperbare zuurstoftherapie. Als pijnmedicatie gebruikt mevrouw diclofenac, die ze inneemt op geleide van haar klachten, tot maximaal 75 mg per 24 uur. Na tien behandelingen neemt de breedte van de wond af van 5 naar 3 centimeter. Het geel in de wond wordt ook minder (30% geel, 70% rood). 'Omdat de behandeling aan lijkt te slaan, besluiten we op dezelfde voet door te gaan', zegt Verschut. Met resultaat, want een halve week later komen er korstjes op de wond, wat wijst op doorbloeding in het wondbed (zie foto 5). Omdat de wond niet meer geïnfecteerd is, worden de Beta-dine[®] gazen vervangen door een vetgaas (Mepitel[®]). Na 41 behandelingen is de wond dicht en is de huidskleur terug (zie foto 6). Mevrouw heeft meer bewegingsvrijheid. De huid blijft echter stug en fibrotisch. Een vervolgbehandeling met hyperbare zuurstoftherapie zou het littekenweefsel nog soepeler kunnen maken.

Casus 3: diabetische voet

Een patiënt (61) heeft diabetes type II en als gevolg daarvan ook retinopathie, neuropathie en nefropathie. Hij dialyseert dagelijks in het ziekenhuis. De patiënt spreekt alleen Engels, waardoor de communicatie moeizaam verloopt. Hij heeft eerder een voorvoetamputatie gehad. Sinds najaar 2011 heeft hij een flinke wond als gevolg van een geïnfecteerde brandwond aan zijn grote teen. In de behandeling – die al enkele maanden

duurt – zijn verschillende wondverbanden geprobeerd. Negatieve druktherapie heeft de bovenkant van de voet goed genezen, maar de zijkant en hak blijven open. Tussendoor krijgt de patiënt een sepsis en wordt hij opgenomen in het ziekenhuis. Al met al heeft de patiënt veel tijd doorgebracht in het ziekenhuis en heeft hij twijfels over de behandeling. Als hij zich in februari 2012 meldt bij de afdeling hyperbare geneeskunde treffen de verpleegkundigen een grote, vieze wond aan (zie foto 7). De wondclassificatie volgens het WCS-model laat 80% geel en 20% rood weefsel zien. De wond is diep en flink geïnfecteerd. Op de voorvoet zijn korsten en eelt te zien. In overleg met de wondverpleegkundige wordt besloten dat meneer naar de poli ok moet voor een chirurgisch debridement, een necrotomie. Daarnaast start hij met de dagelijkse hyperbare zuurstoftherapie en wordt de wond tweemaal daags ingesmeerd met Eusol[®]. Normaal is dit driemaal daags, maar in verband met de dialyse wordt gekozen voor tweemaal daags. Door de taalbarrière ontstaat er onduidelijkheid over de afspraak op de poli ok, waardoor dit bezoek twee weken wordt uitgesteld. 'De patiënt heeft inmiddels zo'n vijftien tot twintig behandelingen gehad en het eelt en de korsten op de voorvoet verdwijnen langzaam. De hak blijft vies en geel, dus we stoppen met de Eusol[®]. We bellen de poli ok en dan blijkt dat de patiënt nooit is langsgemen voor de necrotomie', vertelt Ver-

schut. Nadat hij opnieuw een afspraak heeft gekregen en nu ook daadwerkelijk naar de poli ok gaat, komt er schot in de behandeling (zie foto 8). Na ongeveer 60 behandelingen geneest de wond goed. Op de wond komt wondgel (Prontosan[®]), afgedekt met een vetgaas (Mepitel[®]). Voor thuis krijgt de thuiszorgverpleegkundige het advies om de wond van meneer dagelijks te spoelen onder de douche en voorzichtig droog te deppen. Na vier maanden - 79 behandelingen - is de wond bijna dicht, er is nog een opening van een halve centimeter (zie foto 9). Meneer wil nu heel graag twee weken op vakantie. 'De hyperbare zuurstoftherapie werkt na de behandeling nog drie maanden door. Daarom besluit de arts dat hij kan stoppen, die laatste halve centimeter zal helen in de maanden erna', zegt Verschut.

Noten

- 1 Het CVZ heeft indicaties opgesteld waarvoor zij hyperbare zuurstoftherapie vergoeden. Voorbeelden daarvan zijn diabetische ulcera en late radiatieschade. Onder de indicaties die CVZ niet vergoedt, vallen bijvoorbeeld niet-diabetische ischemische ulcera en brandwonden, omdat daarbij het effect van de behandeling niet bewezen is. Kijk voor de volledige lijst op www.cvz.nl > zoeken op hyperbare zuurstoftherapie.
- 2 Standpunt van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) over hyperbare zuurstoftherapie, 2009. Eén sessie kost in Nederland €180,00. In Vlaanderen verschillen de prijzen per ziekenhuis. In het UZ Antwerpen krijgen gehospitaliseerde patiënten de eerste vier behandelingen vergoed, daarna kost het € 23,- per sessie. Patiënten van buitenaf betalen €32,- per sessie.

Geniet van deze *Hollandse* Pracht aanbieding!

Ontvang tot
50% korting
op een
jaarabonnement
én ontvang een
HEMA cadeaukaart*
t.w.v. € 15,-



Altijd al eens een vakblad willen proberen? Neem nu een jaarabonnement* op je favoriete vakblad en profiteer van **knallende kortingen!** Bestel online via www.voorjaarsactie.reedbusiness.nl of bel naar 0314-358 358



Nursing

...voor zelfbewuste
verpleegkundigen
die willen groeien!

**Normaal € 86,-
nu € 45,-**



Tijdschrift voor Verzorgenden

Samen met TvV de
schouders eronder
voor betere zorg!

**Normaal € 71,-
nu € 40,-**



Tijdschrift voor verpleegkundigen

TVZ biedt vakoverstijgende
informatie en verruimt je
verpleegkundige visie!

**Normaal € 136,-
nu € 55,-**



Activiteiten Sector

Nieuwe en creatieve
dagactiviteiten voor alle
activiteitenbegeleiders!

**Normaal € 110,-
nu € 50,-**

* U ontvangt bij het afsluiten van een jaarabonnement een cadeaukaart t.w.v. € 15,-. Deze is in ieder HEMA filiaal te besteden. Het tegoed op de cadeaukaart is onbeperkt geldig, maar kan niet contant worden uitbetaald. Wenst u het abonnement niet te continueren dan kunt u voor ontvangst van het laatste nummer opzeggen.

steriele handschoenen



1 Desinfecteer de handen met handalcohol (één keer pompen). Wrijf de handen dertig seconden zorgvuldig over elkaar, tot ze droog zijn. Vergeet daarbij de ruimtes tussen de vingers en de vingertoppen niet.



2 Zorg voor een schoon, ruim en leeg werkvlak. Pak de juiste maat steriele handschoenen. Controleer de verpakking op beschadigingen, vervaldatum en sterilisatorindicator. Open de buitenste verpakking.

Hygiënisch in de handschoenen

'Je hoeft me echt niet te vertellen hoe je steriele handschoenen aantrekt', denk je misschien. **Maar iedereen heeft zijn eigen maniertjes en gewoonten,** waardoor het niet altijd goed gebeurt. Daarom tóch een korte opfrisser.

fotografie **Arno Massee**



5 Neem met de linker steriele hand(schoen) de rechterhand-schoen vast door met de vingers van de linkerhand onder de manchet te grijpen.



6 Schuif de rechterhand in de handschoen. Vouw met de vingers van de linkerhand de manchet volledig terug, zonder de huid aan te raken.



3 Klap de zijkanten van de binnenverpakking open zonder de binnenzijde en de handschoenen aan te raken. Vouw eventueel de rand van de verpakking om, om het opnieuw dichtvallen van de verpakking te voorkomen.



4 Pak met de rechterduim en -wijsvinger de linker handschoen vast aan de omgevouwen manchet en schuif de linkerhand in de handschoen. Trek de linkerhandschoen met de rechterduim en -wijsvinger verder over de linkerhand, maar vouw de manchet nog niet terug.

Top 3 Problemen met handschoenen

- 1** Per ongeluk aanraken van niet-steriele oppervlakken
- 2** Niet de juiste maat voorhanden
- 3** Stuk gaan van de handschoenen

Bron: poll op Nursing.nl

.....
Bron Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Handboek Wondzorg. Tweede Herziene druk, 2009.

Met dank aan het Maastricht Ziekenhuis Rotterdam voor de medewerking aan de fotografie.



7 Vouw met de vingers van de rechterhand de manchet van de linkerhandschoen volledig terug, zonder de huid aan te raken.



8 Pas als je *beide* handschoenen aan hebt, kun je wat duwen en wrijven totdat ze goed zitten en goed aansluiten op de vingertoppen en de rest van de hand.

30 mei 2013 | 09:30 – 17:05 uur | ReeHorst, Ede

Hét wondzorgcongres



Voor alle (wond)
verpleegkundigen
Accreditatie is
aangevraagd bij het
kwaliteitsregister V&V

Verbeter jouw expertise op het gebied van wondzorg!

Tijdens Hét Wondzorgcongres ben je in één dag op de hoogte van de nieuwe ontwikkelingen in de wondzorg en krijg je productitleg aan de hand van de casuïstiek.

Een greep uit de verschillende onderwerpen die behandeld worden tijdens Hét Wondzorgcongres:

- Uitkomst van het onderzoek van CvZ onder verpleegkundigen over het gebruik van verbandmiddelen bij de complexe wond
- Debridement van een wond: uitleg wanneer, hoe en door wie
- Welk wondverband gebruik je voor welke wond?
- Tips ten aanzien van overdracht schrijven

Bovendien kan je gedurende de gehele dag deelnemen aan actieve minipractica op de beursvloer!

Ontdek wat je zelf kan bijdragen aan verbeterde wondzorg. Meld je dus vandaag nog aan voor Hét Wondzorgcongres.

Programma en aanmelden op
www.wondzorgcongres.nl

Hoofdsponsor:



helps healing

tvz nursing Tv