

Wondzorg

Verpleegkunde
Eerste jaar
5 studiepunten

Je verwerft inzicht in wondheling en de basisprincipes van wondzorg: je leert jezelf bijsturen. Je krijgt microbiologie en genetica.



Docent: Geert van de Weyer

INHOUD

Hoofdstuk 1: Theoretische omkadering.....	8
1 Definitie.....	8
2 Fasen in de wondgenezing	8
3 Verschillende typen wondgenezing.....	8
4 Indeling van wonden.....	8
4.1 Uitzicht en vorm.....	9
4.1.1 Continuïteit van de huid.....	9
4.1.2 Diepte	9
4.1.3 Uitgebreidheid	9
4.2 Oorzaak van het ontstaan van de wonde.....	10
4.2.1 Traumatische wonden:	10
4.2.2 Iatrogene wonden	10
4.2.3 Chronische wonden	10
4.3 Infectiegraad	11
4.3.1 Besmette of gecontamineerde wonden.....	11
4.3.2 Gekoloniseerde wonden	11
4.3.3 Kritisch gekoloniseerde wonden	12
4.3.4 Geïnfecteerde wonden	12
4.4 Kleur, exsudatie en diepte	13
4.4.1 Zwart-Geel-Rood-kleuren classificatiemodel (WCS model)	13
5 TIME-concept.....	14
5.1 T = Tissue (weefsel)	15
5.2 I = Infection (infectie).....	15
5.3 M = Moisture (vocht)	15
5.4 E = Edge (wondrand).....	15

6	Factoren die de wondgenezing beïnvloeden	16
7	Basisprincipes van Grypdonck toegepast bij wondverzorging.....	17
7.1	Hygiëne en steriliteit.....	17
7.1.1	Om het wondhelingsproces niet te schaden:	17
7.1.2	Voorkomen van besmetting via personen:	17
7.1.3	Voorkomen van besmetting via materiaal:	18
7.1.4	Voorkomen van besmetting via werkwijze:	19
7.1.5	Tijdstip van verzorging:	19
7.2	Veiligheid	20
7.2.1	Aandacht voor allergie op verbandstoffen, kleefstoffen:	20
7.2.2	Veiligheid is ook een gevoel.....	20
7.3	Beleving.....	21
7.3.1	Wondverzorging:	21
7.3.2	Een wondverzorging wordt steeds uitgevoerd:	21
7.3.3	Bij pijnlijke wondverzorging:	21
7.3.4	Respect voor de privacy:.....	22
7.4	Zelfzorg en inspraak	22
7.5	Comfort	22
7.6	Ergonomie.....	23
7.7	Economie	23
7.8	Ecologie	23
	Hoofdstuk 2: Wondzorgmaterialen en producten Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
8	wondverzorging Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
8.1	Doel van de wondzorg..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
8.2	Materialenkennis Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
8.2.1	Verbandmaterialen..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
8.2.2	Ontsmettingsmiddelen Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	

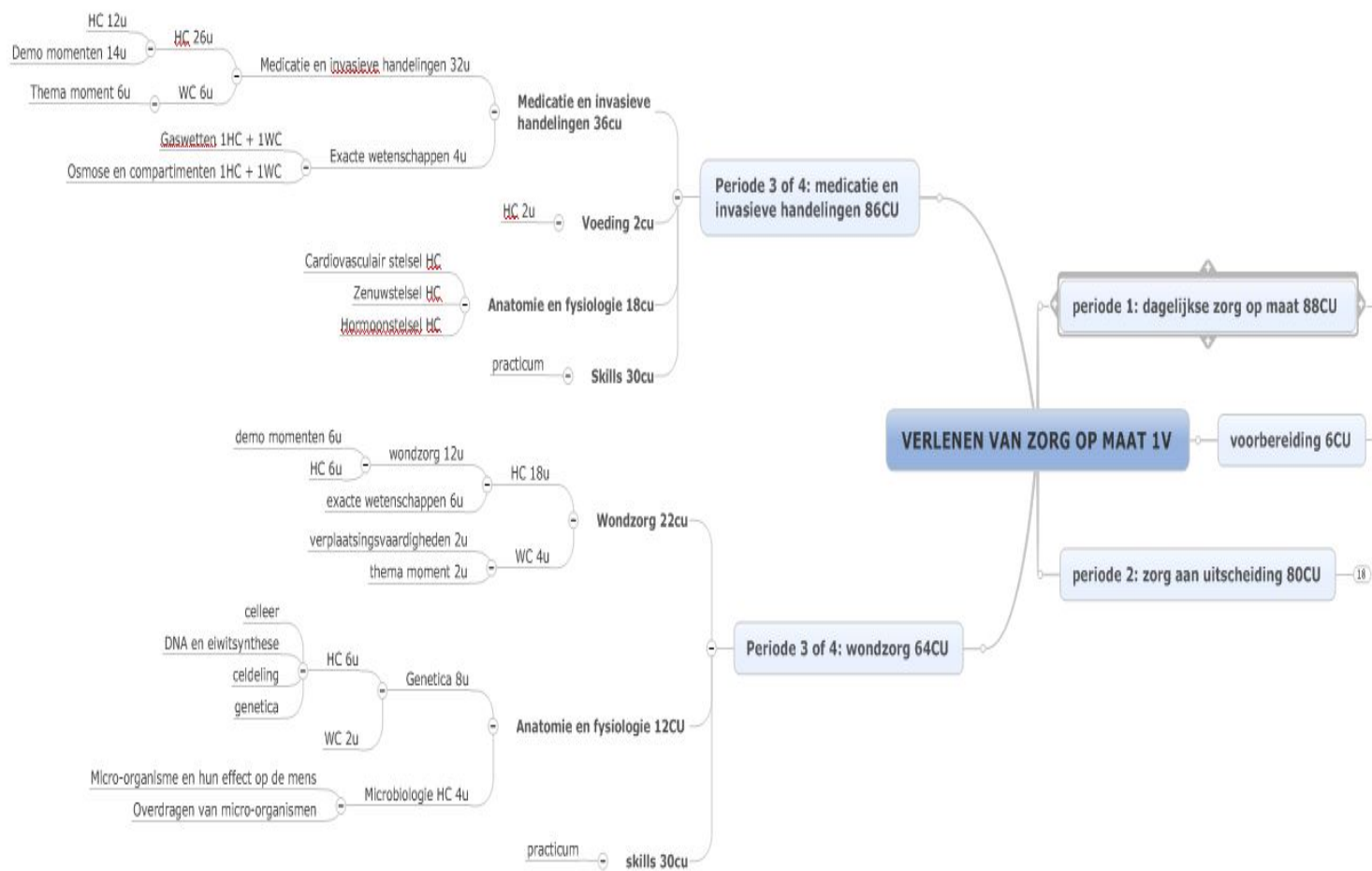
Hoofdstuk 3: Wondhechtingen.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9 Definitie van hechting	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.1 Doel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.2 Indeling hechtingsmaterialen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.2.1 Haken of autosutura.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.2.2 Hechtingsdraden	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.2.3 Lijm	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.2.4 Strips	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.3 Indeling hechtingstechnieken	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.3.1 Oppervlakkige of primaire hechtingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.4 Verwijderen van draadjes, haakjes of autosutura / B2-handeling.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.4.1 Doel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.4.2 Tijdstip	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.4.3 Verpleegtechnische handeling	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.4.4 Rapportering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.5 het aanbrengen van Steri-StripS®	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.5.1 Doel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.5.2 Tijdstip	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.5.3 Verpleegtechnische handeling	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.5.4 Rapportering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.6 Externe fixator	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.6.1 Definitie van een externe fixator	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.6.2 Doel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.6.3 Voordelen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.6.4 Nadelen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 9.6.5 Eerste verzorging..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 9.6.6 Verpleegtechnische handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- Hoofdstuk 4: Wondzorg, praktisch bekeken..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 10 Overzicht van 'Verpleegkundige Prestaties' op vlak van wondzorg **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 10.1 Indeling chirurgische wonden **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 10.1.1 Chirurgisch gesloten wonden . **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 10.1.2 Chirurgisch open gelaten wonden **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 10.1.3 Open gekomen wonden **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 10.2 Verzorging van de chirurgisch gesloten wonde / B1-handeling. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 10.2.1 Verpleegtechnische handeling**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 10.3 Verzorging van chirurgisch gesloten wonde met lekkage / B1- handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 10.3.1 Doel..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 10.3.2 Verpleegtechnische handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 10.4 Rapportage **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- Hoofdstuk 5: postoperatieve wondinfecties **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 11 Definitie en indeling postoperatieve wondinfecties volgens de Hoge Gezondheidsraad (HGR) **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 11.1 Oppervlakkige incisionele postoperatieve wondinfectie **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 11.2 Diepe incisionele wondinfectie..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 11.3 Postoperatieve infectie van een orgaan of een lichaamsholte..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 12 Indeling volgens het intrinsiek risico van de wonde volgens he American College of Surgeons..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- 12.1 Infectierisico **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.1.2 Indeling van de patiënt **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.1.3 Duur van de ingreep **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.1.4 Preventie **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 12.2 Het opnemen van een staal van wondvocht. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.2.1 Beoordeling van de wonde **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.2.2 Afname van het wondvocht ... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.2.3 Invullen aanvraagformulier.... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.2.4 Beoordeling van de kweekuitslag **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.2.5 Behandeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 12.2.6 Verpleegtechnische handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- Hoofdstuk 6: Wonddrainages **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 13 Definitie van een wonddrainage **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.1 Doel van wonddrainage **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.1.1 Preventief **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.1.2 Curatief **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.2 Indeling en bespreking drainagematerialen **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.2.1 Passieve drainage **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.2.2 Actieve drainage **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.3 Fixatiemogelijkheden van een drain **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.4 Specifieke aandachtspunten **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.5 Verzorgen van drainages **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
 - 13.5.1 Verzorgen van een tubulaire wonddrain / B1 handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- 13.5.2 Inkorten van een tubulaire (= open) wondrain / B2 handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 13.5.3 Wiek als drainagemiddel: invoeren van droge wiek / B2-handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 13.5.4 Verwijderen van wiek **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 13.5.5 Mickulicz wiek..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 13.5.6 Wiek als tamponnademiddel .. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 13.5.7 Redondrain: **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- controle wondvocht **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- Verpleegtechnische handeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- Hoofdstuk 7 Wondspoelingen **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14 Definitie **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.1 Doel..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.2 Aanwijzingen..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.3 Soorten spoelvocht **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.3.1 Chloramine-T (Dakin- oplossing) 0,5 % in waterige oplossing.. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.3.2 Hibidil®..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.3.3 Iso-betadine® dermicum **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.3.4 Azijnzuur 2% **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.3.5 NaCl 0,9 % of Fysiologische oplossing **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 8.4.6 Antibiotica **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.4 Gevaren en moeilijkheden om te spoelen **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.5 Gebruikte materialen om te spoelen **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 14.6 Soorten wondspoeling **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

14.7	Onderbroken of gefractioneerde wondspoeling / B2-handeling	Fout!
	Bladwijzer niet gedefinieerd.	
14.7.2	Semi-onderbroken wondspoeling / B2-handeling ..	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.7.3	Ononderbroken of permanente wondspoeling / B2-handeling ..	Fout!
	Bladwijzer niet gedefinieerd.	
14.7.4	Spoeling met 2 drains:	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Literatuurverwijzing	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Verwerkingsopdracht	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15	Zelftoets	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16	Vorbereiding skills lab.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
17	Themamoment skills lab	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.



HOOFDSTUK 1: THEORETISCHE OMKADERING

1 DEFINITIE



Cursus/
Boek

De definitie van een wonde studeer je in het handboek Wondzorg paragraaf 1.3.1 definitie

2 FASEN IN DE WONDGENEZING

- ontstekingsfase
- proliferatie of granulatiefase
- maturatiefase
- littekenvorming

De verschillende fasen in het wondgenezingsproces studeer je in het handboek wondzorg - paragraaf 1.3.2 Fasen in de wondgenezing

3 VERSCHILLENDE TYPEN WONDGENEZING

- Genezing per primam
- Genezing per secundam
- Regeneratieve wondgenezing van een oppervlakkige wonde

De verschillende typen in het wondgenezingsproces studeer je in het handboek wondzorg.

paragraaf 1.3.3 Verschillende typen van wondgenezing.

4 INDELING VAN WONDEN

De indeling naar soort van de wonden of ook wel wondclassificatie genoemd is meestal gebaseerd op:

- de continuïteit van de huid;
- de oorzaak van het ontstaan van de wonde;
- het type wonde;
- de aan- of afwezigheid van pathogene micro-organisme in de wonde;

- het uitzicht van de wonde;
- het verloop van de wondheling.

De indeling in deze cursus gebeurt op basis van het uitzicht en de vorm, de uitlokkende factor (oorzaak), de kleur en het infectierisico. Deze indeling is niet volledig en overlappingsen komen voor. Ze is gebaseerd op de meest voorkomende terminologie.

4.1 Uitzicht en vorm

4.1.1 Continuïteit van de huid

Bij een **gesloten wonde** is er geen onderbreking van de huid. Zij kan veroorzaakt zijn door een korte stoot, het overmatig rekken of plooiën, of een plotse deceleratie. Deceleratie is weefselschade die ontstaat door de wet der traagheid. Weefsels, voornamelijk zachte kunnen scheuren indien het lichaam plots tot staan wordt gebracht zoals bijvoorbeeld bij een val of een auto-ongeluk.

Een **open wonde** vertoont een onderbreking van de huid of het slijmvlies. Door deze onderbreking kunnen enerzijds lichaamsvochten wegvloeien en anderzijds vreemde partikels of organisme, inclusief potentieel pathogene micro-organisme, binnendringen.

4.1.2 Diepte

Bij aantasting van de opperhuid spreekt men van een *oppervlakkige wonde*. Bij aantasting van dieper liggend weefsel spreekt men van een *diepe wonde*.

4.1.3 Uitgebreidheid

Een wonde kan beoordeeld worden volgens de uitgebreidheid van het letsel (bij een brandwonde bijvoorbeeld gebeurt dit door middel van een schatting van het percentage totaal verbrand lichaamsoppervlak).

4.2 Oorzaak van het ontstaan van de wonde

De oorzaak (etiologie) van het ontstaan van een wonde studeer je in het handboek Wondzorg. Paragraaf 1.5.2 De etiologie van de wond

4.2.1 Traumatische wonden:

- volgens uiterlijk (open, gesloten, deglovement, amputatie)
- volgens etiologie (mechanisch, thermaal, elektrisch, chemisch, straling)

Basisprincipes EHBO traumatische wonden

- Niet steriele handschoenen dragen ter preventie van besmetting.
- Stelpen van actieve bloedingen d.m.v. rechtstreekse druk uit te oefenen.
- Wonde mechanisch reinigen.
- Wonde drogen en steriel afdekken
- Tetanusvaccinatie bevragen, indien nodig doorverwijzen naar huisarts voor rappel.

4.2.2 Iatrogene wonden

De huid of andere structuren raken beschadigd bij een bepaalde diagnostische of therapeutische procedure. De wondgenezing gebeurt per primam of regeneratief.



Voorbeeld Chirurgische wonde, biopsie, bloedname, huidgreffe

4.2.3 Chronische wonden

Deze wonden hele moeilijk omwille van onderliggende factoren zoals vaatlijden of diabetes.



Voorbeeld Decubitus, ulcera cruris, diabetesvoet, ulcera



Zelfstudie

4.3 Infectiegraad

De verschillende kiemen op je huid (residente en transiente flora) studeer je in je handboek wondzorg paragraaf 2.2 en in de leertekst van microbiologie.

Bij een geïnfecteerde wonde zijn er ontstekingsreacties ten gevolge van het binnenbrengen van pathogene micro-organismen en door onvoldoende afweer van de gastheer tegen micro-organisme (bacteriën, schimmels of virussen). Voor het indelen van de wonden in categorieën worden verschillende systemen gehanteerd. Eenvoudig kunnen we spreken van acute wonden en chronische wonden. Acute wonden zijn wonden die helen volgens de principes van wondheling. Chronische wonden zijn wonden die geen of zeer langzame positieve evolutie en heling vertonen. Beide types wonden vragen een andere benadering en verbandkeuze. Binnen het TIME-model wordt infectiegraad als volgt onderverdeeld om de behandeling vlot te laten verlopen.

4.3.1 Besmette of gecontamineerde wonden

Dit zijn wonden die helen en waarbij geen tekenen van ontsteking (roodheid, warmte, pijn, zwelling) aanwezig zijn, bijvoorbeeld chirurgisch gehechte wonden, nieuwe wonden zonder necrose, debris, vuil beslag, enz. Deze wonden bevatten kiemen maar deze vormen geen onmiddellijk risico op infectie.

4.3.2 Gekoloniseerde wonden

Dit zijn wonden die helen. Deze wonden vertonen geen tekenen van ontsteking (roodheid, warmte, pijn, zwelling). Maar ze bevatten wel necrose, debris, vuil, beslag, wiken, drains,.... Het is belangrijk dat die zo snel mogelijk verwijderd worden. Deze wonden bevatten kiemen met een duidelijk aanwezige voedingsbodem. Deze zones vragen om een bijzondere aandacht wegens het verhoogde risico op infecties.

4.3.3 Kritisch gekoloniseerde wonden

Deze wonden vertonen geen positieve evolutie in de heling. De wondheling is stilgevallen door het grote aantal kiemen. Eventueel is er een biofilm aanwezig. De kiemen bevinden zich voornamelijk nog op het wondoppervlak.

De (subtiele) tekenen van infectie zijn niet waar te nemen, maar de wond geneest nauwelijks. Teken van kritische kolonisatie zijn: granulatieweefsel dat snel bloedt, een vaal gekleurd wondbed, een overvloed aan exsudaat of pijn. Er is al dan niet necrose, debris, vuil, beslag... aanwezig of het wondbed heeft een bordeauxkleur.

"Een biofilm is een slijmerige laag van bacteriën en schimmels die zich stevig vasthechten aan het wondbed - is minder gevoelig voor antibiotica en antiseptica. De biofilm tracht zich ook steeds te herstellen waardoor het correct toepassen van wondzorg noodzakelijk is.

Dit laagje vertraagt de wondgenezing en verhoogt het risico op herhaaldelijke wondinfecties. "

(Jonkers A – Nursing september 2012)

Zoek begrippen op die je niet kent:



Tip

exsudaat =

debris =

4.3.4 Geïnfecteerde wonden

Alle wonden met een of meerdere tekenen van infectie (roodheid, warmte, pijn, zwelling) en een stagnatie van de heling. De kiemen zijn in het weefsel binnengedrongen. Het gevaar van een diepe infectie is dat deze zich kan uitbreiden naar het onderliggende weefsel en het bot (osteomyelitis), wat kan resulteren in ernstige complicaties en zelfs overlijden.



Tip

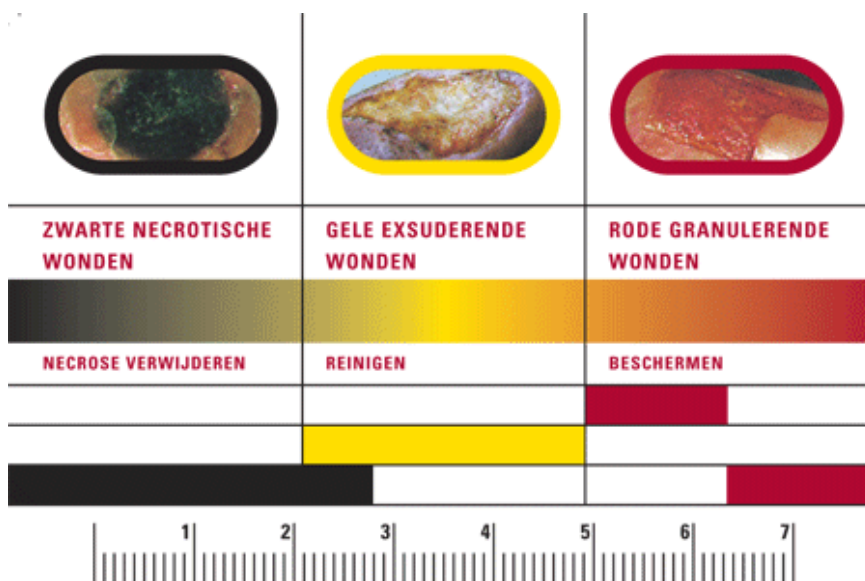
Terwijl acute wonden overwegend besmet of gekoloniseerd zijn, zijn chronische wonden overwegend kritisch gekoloniseerd of geïnfecteerd.

4.4 Kleur, exsudatie en diepte

4.4.1 Zwart-Geel-Rood-kleurenclassificatiemodel (WCS model)

Het Zwart-Geel-Rood-kleurenclassificatiemodel dat in 1983 door de Wound Care Society (WCS – zie figuur) samen met de Zweedse Professor Lars Hellgren werd ontwikkeld, wordt internationaal gebruikt. Volgens Vandeputte en Gryson (2007) wordt de indeling volgens kleur (zwart, geel, rood) echter als concept steeds meer verlaten. Toch is het nog steeds een wijd verspreide methode die in de Belgische ziekenhuizen frequent gebruikt wordt. Daarom is het zeker interessant om stil te staan bij dit kleurenclassificatiemodel.

Het doel van dit model is te komen tot eenduidigheid in de wondomschrijving (bijvoorbeeld in welke genezingsfase bevindt de wond zich) en de verzorging en keuze van het verbandmateriaal. In de praktijk betekent dit dat het classificatiemodel de diagnostiek en de behandeling van de wonden ondersteunt.



4.4.1.1 Rode wonden.

Het rode aspect van de wonde ontstaat dus door de aanwezigheid van granulatieweefsel. Dit is een voorwaarde voor epithelialisatie. De wonde is vrij van debris. Epithelialisatie begint vanuit de wondranden en de epitheelilandjes

(bijvoorbeeld rond de haarfollikels). De wondbodem moet beschermd worden zodat het granulatieweefsel verder kan uitgroeien.

4.4.1.2 Gele wonden.

Een gele wonde wijst op de aanwezigheid van debrisis, pus of overtollig wondvocht en fibrinebeslag. Deze wonde moet gereinigd worden en secreties moeten verwijderd worden. Een oppervlakkige gele wonde is ondiep; ze produceert weinig tot veel exsudaat. Een diepe gele wonde produceert meestal veel exsudaat. Pus en overtollig wondvocht moeten verwijderd worden. Bij veel exsudaatvorming moet het overmatige wondvocht geabsorbeerd worden. Bij weinig exsudaatvorming moet een vochtig milieu gecreëerd worden zodat het gele beslag loskomt en verwijderd kan worden.

4.4.1.3 Zwarte wonden

Het wondoppervlak is bedekt met zwarte necrose. Zolang de zwarte necrose aanwezig is, kan de wonde niet helen.

5 TIME-CONCEPT

Het time concept kan een goede basis vormen van een goed wondzorgbeleid. Time staat voor Tissue Management, Infection, Moisture, Balance en Epithelial advancement. De classificatie op basis van de genoemde criteria van het TIME-concept kan worden aangevuld met de Care cirkel (wondzorgcirkel).

Hierbij ga je na:

- Wie is mijn patiënt?
- Wat is de wondethiologie?
- Evaluer de wonde
- Behandel volgens het TIME-concept
- Evaluer de heling
- Pas de behandeling zo nodig aan

Bij onvoldoende resultaat begin je vooraf aan.

De principes van TIME zijn als volgt:

5.1 T = Tissue (weefsel)

Welke soort weefsel nemen we waar? Necrose, fibrine, vetweefsel, bot, epidermis, spierweefsel, bindweefsel...? Is het weefsel vitaal of niet? Bevat de wonde levensvatbaar of necrotisch weefsel, en dit over de gehele wonde of gedeeltelijk. Debrideer waar nodig.

5.2 I = Infection (infectie)

Hier wordt er nagegaan of het gaat om contaminatie, kolonisatie, kritische kolonisatie of infectie.

5.3 M = Moisture (vocht)

De mate van vochtigheid (nat, vochtig en droog), maar ook de aanwezigheid van oedeem. Produceert de wonde te veel exsudaat of is de wonde te droog? De vochtbalans kan hersteld worden door het gebruik van gepaste verbanden.

5.4 E = Edge (wondrand)

Hier kijkt men de kwaliteit van de wondranden na. Zijn deze wel of niet intact, en hoe ziet de wondomgeving eruit? (maceratie = verweking, droog of excematisch?) Zijn de wondranden teruggetrokken of ondermijnd?

6 FACTOREN DIE DE WONDGENEZING BEÏNVLOEDEN



Cursus/
Boek

De factoren die de wondgenezing beïnvloeden studeer je in het handboek Wondzorg 1.4 Factoren die de wondgenezing beïnvloeden.

- Factoren eigen aan de wonde
 - Type, diepte en uitgebreidheid letsel
 - Locatie van de wond
 - Graad van contaminatie
 - Eigenschappen van omgevend weefsel
 - Bloedtoevoer in de wondomgeving
- Factoren eigen aan de patiënt
 - Leeftijd van de patiënt
 - Psychologische factoren
 - Voedingstoestand van de patiënt
 - Concomitante aandoeningen
 - Medicatie
 - Roken en drugs



Voorbeeld

Skin-tears zijn een traumatische wonden waarbij epiderm van derm wordt gescheiden of epiderm en derm van onderliggende lagen wordt gescheiden onder invloed van schuifkracht en wrijving; Deze komen meestal voor t.h.v. ledematen, bij bejaarden en personen met corticoïd behandeling.

7 BASISPRINCIPES VAN GRYPDONCK TOEGEPAST BIJ WONDVERZORGING

7.1 Hygiëne en steriliteit

Het ontstaan van wondinfecties bij chirurgische wonde blijkt vooral te wijten aan intrinsieke factoren en pre- en peroperatieve factoren. Post-operatieve factoren spelen geen significante rol.

7.1.1 Om het wondhelingsproces niet te schaden:

- beperken we de manipulaties t.h.v. de wondnaad;
- blijft de wonde zo lang mogelijk steriel afgedekt behalve:
 - wanneer na de operatie het verband erg doordrongen is van bloed of wondvocht;
 - bij een bevuild verband van buitenaf door bv. urine of stoelgang
 - als het verband slecht kleeft of is losgekomen;
 - bij infectietekens: pijn, roodheid, zwelling, warmte t.h.v. de wonde;
 - bij temperatuurstijging zonder direct aantoonbare reden.
- reinigen we de wonde met een fysiologische zoutoplossing (NaCl 0,9%), waarna we deze ook drogen;
- zullen we eerder reinigen dan ontsmetten;
- gebruiken we enkel niet toxische ontsmettingsmiddelen;
- maken we geen blind gebruik van ontsmettingsmiddelen.

7.1.2 Voorkomen van besmetting via personen:

- pat. informeren i.v.m. het risico bij aanraken van de wonde en het verband;

- de voornaamste besmettingsbron bij verpleegkundigen zijn de handen. Een degelijke handhygiëne voor en na de verzorging is van groot belang. Soms kan het gebruik van handschoenen aangewezen zijn. Bij uitgesproken besmettingsgevaar is het dragen van een overschoort en masker eveneens wenselijk. Onnodig praten boven de wonde dient vermeden te worden.

7.1.3 Voorkomen van besmetting via materiaal:

- er wordt steeds gewerkt met een steriel instrument/steriele set/steriele deppers. Dit voorkomt dat er nieuwe micro-organismen in de wonde terechtkomen. Volledig steriel werken is niet mogelijk (de omgeving rond de wonde is ook niet steriel). Men moet er echter voor zorgen dat de techniek aseptisch wordt uitgevoerd om contaminatie met andere micro-organisme te vermijden. Het gebruik van steriel materiaal zorgt ervoor dat er een barrière is tussen de zorgverlener en de patiënt zodat er geen bacteriën van de omgeving in de wonde worden gebracht.
- een wiekdoos moet steeds met steriele instrumenten gemanipuleerd worden. Dit om contaminatie van het resterend materiaal te vermijden.
- bij onjuist gebruik blijken collectieve verbandkarren een bron van besmetting te zijn;
- bevuild materiaal na de wondzorg verwijderen van de kamer (vuilniszak);
- materiaal dat bij andere patiënten gebruikt wordt, mag niet in het bed gelegd worden;
- één wondgebied = één set ;
 - een wondgebied bestaat uit meerdere wonden indien deze het gevolg zijn van éénzelfde interventie, deze zitten niet noodzakelijk onder 1 verband;
 - verschillende wonden onder 1 verband worden beschouwd als 1 wondgebied.
 - voor de ganse wondverzorging in eenzelfde wondgebied mag hetzelfde instrument gebruikt worden.

7.1.4 Voorkomen van besmetting via werkwijze:

- een wonde wordt niet rechtstreeks aangeraakt, men past de 'no touch' methode toe (pincet – instrumenten);
- alles wat met de pat. in aanraking is geweest, wordt beschouwd als potentieel besmet;
- maak strikte scheiding tussen vuil en proper;
- maak strikte scheiding tussen steriel en niet-steriel;
- verschillende wonden binnen 1 wondgebied worden verzorgd van minst naar meest bevuilde.
- werk van proper naar vuil = van minst bevuild naar meest bevuild;
- wanneer een pat. meerdere wonden heeft, begin dan eerst met de droge en zuiverste wond en eindig met de bevuilde of natte wond;
- verdacht wondvocht: wondcultuur nemen
- deppers worden vernieuwd indien bevuild;
- de wondomgeving wordt breed proper gemaakt, nl. minstens de strook die onder de verbandstof kleeft;
- wanneer een wond de onderlaag raakt, leg je een steriel veld tussen de wond en de onderlaag.

7.1.5 Tijdstip van verzorging:

- liefst in combinatie met totaalzorg;
- wanneer bepaalde interventies dienen te gebeuren, bv. verwijderen van hechtingsmateriaal, verwijderen van drainagemiddelen, stelpen van bloedingen,...
- verwijderd van bedden dekken en onderhoud kamer;
- geïnfecteerde wonde wordt laatst verzorgd.

7.2 Veiligheid

Afvalverwijdering:

- niet-risico houdend materiaal: plastic zakken van stevige kwaliteit;
- bloed, wondvocht en spoelvocht volgens richtlijnen eigen aan de instelling;
- scherpe voorwerpen: naald, cutter, bistouri,... in harde plastic container;
- besmet materiaal: procedure van de instelling.

7.2.1 Aandacht voor allergie op verbandstoffen, kleefstoffen:

- Pré-operatief bevragen van allergieën (vragenlijst).
- Let op voor beschadiging van de huid bij verwijderen van kleefverbanden:

7.2.2 Veiligheid is ook een gevoel

Gesloten wonden die gehecht zijn, zijn na maximaal een tweetal uren dicht, waardoor micro-organismen niet zomaar kunnen binnendringen. De wonde is gesloten door de hechtingen maar ook door het bloedstollingsproces. De bloedklonter en het netwerk van fibrinedraden sluit de wonde volledig af en verhindert op die manier dat er micro-organisme binnen kunnen dringen. Hier kan men dus niet meer spreken van een wonde. Deze wonden hoeven bijgevolg niet meer gereinigd/ontsmet worden.

Een chirurgische wonde moet enkel worden verzorgd wanneer er vocht uit de wonde sijpelt. Als er vocht en bloed blijft uitsijpelen, moet de chirurgische wonde beschouwd worden als een 'open wonde'.

Verbandmateriaal kan nuttig zijn bij een gesloten wonden ter bescherming en voor comfort van de patiënt.

De patiënt voelt zich veiliger indien verpleegkundige op een zorgzame en handige manier de zorg uitvoert. Belangrijk is ook op de klachten van de pat. in te gaan.

Veiligheid wordt verhoogd door gepaste info te geven:

- wat gebeurt er?
- wat voelt pat.?
- leidt de pat. eventueel af;

- hoe kan hij meewerken om zorg optimaal te laten verlopen?
- welke zijn de beperkingen en de mogelijkheden i.v.m. aanwezigheid van verband?
- wat bij ontslag?

7.3 Beleving

7.3.1 Wondverzorging:

- geeft een confrontatie met eigen lichaam;
- roept de vraag naar herstel op of afwezigheid van herstel;
- verwijst naar de diagnose of reden van ingreep;
- kan naargelang de lokalisatie het karakter krijgen van een intieme zorg: juist omgaan met schaamte en privacy;
- kan pijn of angst voor pijn oproepen;
- emotionele opvang kan hier noodzakelijk zijn;

7.3.2 Een wondverzorging wordt steeds uitgevoerd:

- bij jeuk bv. door allergische reactie op de kleefpleister;
- bij subjectieve klachten van de pat;

7.3.3 Bij pijnlijke wondverzorging:

- geef exacte info over wat pat. kan voelen;
- bespreek mogelijkheid van pijnstilling met geneesheer, indien niets werd voorgeschreven;
- indien pijnstilling voorgeschreven, dien deze tijdig toe voor je aan de wondzorg begint;
- evalueer met de pat. het effect en rapporteer aan de arts;
- bespreek met pat. hoe je in de toekomst best de zorg kan uitvoeren;
- Bij doorschijnende verbanden: zorg voor een esthetisch uitzicht bv. zwachtel over het verband.
-

7.3.4 Respect voor de privacy:

- niet meer ontbloten dan nodig;
- molton gebruiken (ook voor afkoeling).

7.4 Zelfzorg en inspraak

Wondverzorging is een terrein waar patiënten weinig over weten. Ze vinden het normaal dat de verpleegkundige deze zorg uitvoert.

Soms is inspraak van pat. zinvol:

- tijdstip van verzorging;
- type verband;
- mate waarin buikband aangespannen wordt;

Naar ontslag toe is het soms noodzakelijk patiënten te leren sommige zorgen zelf uit te voeren bv. stomazorg. De inschakeling van de mantelzorg (partner, belangrijke 'derde') kan zeer nuttig zijn.

7.5 Comfort

- Een ontspannen houding zal pijnsensatie verminderen. Bespreek met pat. in welke houding hij zich het meest ontspannen voelt;
- Afleiding: praten of muziek ? Juist evenwicht tussen info en afleiding is belangrijk;
- Soms operatiehemd aandoen bij moeilijk te bereiken wonden of veel pijn (te bespreken met pat.);
- Goed steunend verband vermindert pijn, bevordert de ademhaling en het ophoesten van fluimen;
- Beperk en vermijd lawaai;
- Gebruik juiste verbandmateriaal naar wens van de pat.: douchen – ondoordringbaar verbandmateriaal (vb. poly-urethaan films);
- Geen tractie op de kleefpleister;
- Opletten voor knellende verbanden;

7.6 Ergonomie

- Informeer je degelijk vooraleer de zorg te starten. Juiste informatie aan de patiënt maakt een vlot verloop van de zorg mogelijk;
- Bereid je materiaal goed voor zodat vlot kan worden gewerkt;
- Breng het bed op juiste werkhoogte;
- Bepaal goed de positie van je werkveld tegenover de pat. zodat je handig en vlot kan werken;
- Blijf de patiënt steeds observeren;

7.7 Economie

Wondinfectie verlengt de verblijfsduur, dit betekent een belangrijke meerkost voor de maatschappij en de pat. Deze kosten kunnen nog verhoogd worden met deze van werkonbekwaamheid.

Degelijke keuze van verbandmateriaal betekent rekening houden met de kostprijs, maar evenzeer de frequentie van verbandwissel en tijdsinvestering die dit vraagt van de zorgverlener.

- Economisch verantwoord werken betekent ook de tijd nemen om het resultaat van een bepaalde verbandstof te evalueren over voldoende lange tijd. Overleg plegen, respecteren van afspraken binnen het team en degelijke rapportage (schriftelijk) zijn hiervoor essentiële voorwaarden.

7.8 Ecologie

Verantwoord gebruik van:

- wondverzorgingsprodukten;
- ontsmettingsmiddelen.

Efficiënte en correcte afvalverwijdering zorgt voor een geringere belasting van het milieu.