

# Wat plak je waar en waarom?

**Auteur:** M .Enzlin

**Vertaald/bijgewerkt:**

**Nieuwsbrief:** 1999

**Pagina:** 12-15

**Jaargang:** 13

**Nummer:** 22

**Toestemming:**

**Illustraties:**

**Bijzonderheden:**

**Kernwoorden:** decubitus producten produkten classificatiemodel zwart-geel-rood wondbehandeling

**Literatuur:**

Het gaasje, het schuimverband, de kaasplak, het absorberend verband en de folie. Verpleegkundigen hebben tegenwoordig de beschikking over allerlei vormen van wondverband. Gespecialiseerde verpleegkundigen kennen de eigenschappen van de verschillende verbanden, maar de minder gespecialiseerde collega's dreigen door de bomen het bos niet meer te zien. Wondconsulent Joan Piersma van het Medisch Centrum Leeuwarden over het moderne wondverband.

Het is jammer voor degene die graag op elke vraag een pasklaar antwoord wil hebben - en wie wil dat niet? - maar op de vraag 'wat plak ik op welke wond', bestaat zo'n antwoord niet. Wat dat betreft helpt Joan Piersma, wondconsulent (gespecialiseerd in decubitus) van het Medisch Centrum Leeuwarden, de verslaggever snel uit de droom. Want er is geen lijstje met wonden en de daarbij horende verbanden. Er bestaan slechts algemene richtlijnen. Dat zou niet zo'n punt zijn als we alleen de beschikking hadden over pleisters, gazen en absorberend verband, maar tegenwoordig is er meer dan dat. Veel meer. Als je daarbij optelt dat ook op het gebied van kennis over wonden de ontwikkeling niet heeft stil gestaan, is het te begrijpen dat verpleegkundigen die niet vaak met wonden te maken hebben, soms door de bomen het bos niet meer zien.

“Dat kun je ze ook niet kwalijk nemen”, zegt Joan Piersma. “Tegenwoordig heeft iedere verbandfabrikant z'n eigen verbandlijn en het een is nog ingenieuzer dan het ander. 't Is dus niet zo vreemd dat verpleegkundigen niet altijd precies weten wat te gebruiken en het liefst op een lijstje zouden opzoeken welk verband waarbij gebruikt moet worden. Maar helaas, dat kan dus niet, want elke wond is anders en verpleegkundigen en artsen - vergeet die vooral niet - zullen steeds opnieuw moeten beslissen welk verband het best past bij een bepaalde wond. Als ze die stap overslaan, doen ze de patiënt, de wond en het verband te kort. En dat is jammer, want er kan heel veel.”

Volgens Piersma zijn er een aantal hardnekkige veronderstellingen over wonden die - ook onder verpleegkundigen - nog steeds de ronde doen, waardoor wonden niet altijd optimaal verzorgd worden. De hardnekkigste van allemaal is nog wel dat wonden zoveel mogelijk aan de lucht zouden moeten drogen, terwijl toch alweer jaren bekend is dat verreweg de meeste wonden het best genezen in een vochtig milieu. Sterker nog, het doel van de moderne

wondbedekking is in de meeste gevallen: vochtig houden. Vandaar de half doorlaatbare deklaag aan de buitenkant van veel verbanden. Piersma: “Ik heb het vroeger ook nog zo geleerd hoor, drooghouden, drooghouden en nog eens drooghouden. Maar dat blijkt veel minder snel tot genezing te leiden dan een vochtig wondmilieu. Dat komt omdat de cellen die zorgen voor genezing zich gemakkelijker verplaatsen in een vochtig dan in een droog klimaat. Maar veel verpleegkundigen en zelfs artsen hebben nog steeds de oude theorie voor ogen en vinden het maar eng, zo’n vochtige wond.”

Dat ze dat vinden is volgens Piersma niet zo vreemd want het gele gelei-achtige vocht dat onder bepaalde verbanden uit komt - nadat die een dag of drie hebben gezeten - wordt vaak geassocieerd met vieze infecties. En als gezondheidszorgwerkers ergens bang voor zijn dan zijn het wel infecties. Dus willen ze het liefst elke dag verband wisselen en zien ze liever geen wondvocht. Piersma: “Ik leg dan uit dat de buitenkant van het verband dezelfde functie heeft als de natuurlijke korst op een schaafwond. Doordat het vocht daaronder blijft, gaat het genezingsproces sneller.”

Een ander hardnekkig idee dat onder verpleegkundigen leeft is dat de moderne verbanden handenvol geld kosten en het is vaak een van de argumenten waarom toch weer voor het ouderwetse gaas wordt gekozen. Piersma is ervan overtuigd dat de moderne verbanden uiteindelijk helemaal niet duurder zijn. Ze hoeven namelijk minder vaak te worden verschoond, wat tijd en verband bespaart. Bovendien is de wond eerder genezen en de patiënt dus sneller thuis. Maar dan moeten verpleegkundigen wel weten hoe de verbanden te gebruiken.

“Ik zou graag zien dat verpleegkundigen zich wat minder zouden richten op de handeling van het verbinden en wat meer op de stappen ervoor”, zegt Piersma. “Om te weten welk verband je waarop plakt, moet je eerst de wond beoordelen. Wat is de oorzaak van de wond, hoe groot en diep is die, hoe zien de wondranden eruit? Die vragen moeten eerst beantwoord zijn. Vervolgens kijk je naar de conditie van de patiënt en dan stel je het doel van verbinden vast. Dat doe je natuurlijk allemaal samen met de specialist, want wonden zijn wat mij betreft een multidisciplinaire verantwoordelijkheid. Als het doel totale genezing is, gebruik je verbanden die het natuurlijke genezingsproces ondersteunen. Maar bij een terminale patiënt met een grote oncologische wond is zo’n doel niet haalbaar. Dan is je doel misschien alleen maar zorgen dat de wond niet stinkt en dat de patiënt er zo min mogelijk last van heeft. In zo’n geval kun je voor een ander soort verband kiezen. Omdat elke wond en elke patiënt een andere benadering nodig heeft, zijn richtlijnen wel goed, maar niet toereikend. Richtlijnen horen bij een algemeen beeld en niet bij specifieke details.”

Piersma realiseert zich dat zij op wondengebied gespecialiseerd is en dus niet van elke collega-verpleegkundige dezelfde kennis kan verwachten. En al helemaal niet van verpleegkundigen in de werkvelden psychiatrie en zorg voor verstandelijk gehandicapten, waar wonden traditiegetrouw wat minder vaak voorkomen (met uitzondering van afdelingen voor psychogeriatric en bij automutilatie). Deze collega’s staan door hun gebrek aan ervaring bij een incidentele wond vaak met twee linkerhanden.

“Misschien helpt het als iemand uit zo’n team zich in de wondenmaterie verdiept”, tipt Piersma. “Die kan de collega’s adviseren en helpen als er een patiënt is met een wond. Zo gaat dat in algemene ziekenhuizen natuurlijk ook. Niet iedereen kan alles weten. Ik zou dergelijke teams ook aanraden een deskundige uit te nodigen om te komen praten over bepaalde soorten wonden. Komen door automutilatie regelmatig snij- en brandwonden voor

op de afdeling, dan kan het heel verhelderend zijn als een deskundige daar eens iets over komt vertellen. Tenslotte wil ik nog benadrukken hoe belangrijk het is goed te registreren. Maar dat geldt voor iedere verpleegkundige, in werk werkveld dan ook. Als je steeds even kort vastlegt hoe een wond er bij verschoning uitzag, wordt je gedwongen om altijd goed te kijken. Bovendien ziet de volgende collega in een oogopslag of er veranderingen zijn.”

## Belangrijke stappen

Volgens decubitusconsulent Joan Piersma zijn verpleegkundigen in het algemeen te veel in de weer met het verbinden van een wond en vergeten zij te vaak eerst goed na te denken over wat ze gaan doen en waarom. Nadenken over het wondbeleid behoort niet alleen tot het takengebied van artsen en specialisten. In de ideale situatie is het een multidisciplinaire verantwoordelijkheid, waarin de verpleegkundige professie een belangrijke bijdrage kan leveren. Daarom adviseert Piersma verpleegkundigen bij het verbinden van een wond altijd de volgende stappen te nemen:

### Beoordelen

Bekijk elke wond goed voordat je gaat verbinden. Stel jezelf de volgende vragen:

- Wat is de oorzaak van deze wond?
- Hoelang bestaat de wond al?
- Hoe groot, breed, diep is de wond?
- In welke fase bevindt de wond zich (granulatie, necrose)?
- Wat is de aard van het wondvocht (kleur, geur, hoeveelheid)?

### Doel bepalen

Aan de hand van de observatie bepaal je het doel. Daarbij betrek je ook andere factoren dan alleen de bovenstaande observaties. De wond van een terminale patiënt wordt in veel gevallen anders behandeld dan een vrijwel identieke wond bij een patiënt in redelijk goede conditie. Grofweg zijn drie verschillende doelen te onderscheiden:

- Volledige genezing (bij patiënten in goede conditie met chirurgische wonden, snijwonden, brandwonden, schaafwonden of oppervlakkige decubitus)
- Erger voorkomen, maar wel gericht op (gedeeltelijke) genezing (bij patiënten met een relatief slechte conditie en/of moeilijk genezende wonden).
- Pijn en leed verzachten (bij terminale patiënten met ernstige wonden, bijvoorbeeld oncologische wonden of diepe decubitus).

### Keuze maken

Als het doel bepaald is, maak je een keuze voor het soort verband dat nodig is. Bedenk altijd dat vrijwel alle wonden het best genezen in een vochtig milieu. De moderne wondverbanden creëren zo'n milieu of houden het in stand. Elke verbandfabrikant brengt (behalve de klassieke gazen en verbanden) zijn eigen lijn moderne wondverbanden op de markt. De mogelijkheden zijn vrijwel onbeperkt. De meest gebruikte moderne wondverbanden zijn:

- Alginaten: absorberende en reinigende verbanden van zeewier, geschikt in de gele fase van een wond.
- Enzymatische necrose-oplossers: geschikt bij zachte necrose van de kleinere wonden.
- Hydrocolloïden: geschikt bij matige wonduitscheiding in de gele en rode fase van een wond.
- Schuimverbanden: sterk absorberend, geschikt om in holtten te stoppen, maar ook als oppervlaktebedekker.
- Wondfolies: voor het bedekken van oppervlakkige wonden zoals schaafwonden, kan ook

gecombineerd worden met alginaten of schuimverbanden.

- Vette gazen: ter bescherming van blaren, schaafwonden, kleine wondjes of rode plekken.
- Koolstofverbanden: bij sterk riekende wonden, zoals een diabetische voet en oncologische wonden.
- Ter ondersteuning van het genezingsproces worden regelmatig reinigende vloeistoffen gebruikt zoals eusol en fysiologisch zout.
- Bij droge tot matig droge wonden wordt vaak hydrogel gebruikt voor het creëren van een vochtig wondklimaat.

## Wondfasen in kleur

Wonddeskundigen spreken nogal eens over een gele, rode of zwarte wond. Daarmee zeggen zij iets over het uiterlijk van de wond en de fase waarin die verkeert. Wonden scheiden vaak wat gelig vocht uit door het fibrinebeslag, de eiwitten die uit de wond lopen. Dat hoeft niet te betekenen dat er sprake is van een flinke ontsteking hoewel geel vocht wel kan wijzen op een ontsteking. Denk maar aan pus. Alle wonden maken - kort of lang - een gele fase door. De rode fase wordt ook wel granulatiefase genoemd. Granuleren is het genezen van de wond. Alle genezende wonden maken de rode fase door. De roodheid bij brandwonden kan echter een andere betekenis hebben dan granuleren. Gelukkig maken niet alle wonden de zwarte fase door. Bij een zwarte wond is sprake van necrose, afgestorven weefsel. Dit weefsel wordt - met uitzondering van droge necrose op de hak van een patiënt - verwijderd om het genezingsproces een nieuwe kans te geven.

M. Enzlin