

Verpleegkundige handelingen in Eigen Thuis

Mei 2015

Situering

Het toedienen van medische en verpleegkundige zorg is geregeld door de federale wetgeving (KB 78 over uitoefening gezondheidsberoepen en KB van 18/06/'90 over het verrichten van medische handelingen). Op Vlaams niveau bestaat het decreet betreffende zorg -en bijstandverlening van 2008.

In de praktijk levert de strikte federale regelgeving in voorzieningen voor personen met een handicap heel wat problemen op. Heel wat verpleegkundige zorgen worden door niet-verpleegkundigen uitgevoerd. Dit levert voor deze mensen en instellingen een rechtsonzekerheid op.

Om tegemoet te komen aan deze problemen kreeg een interkabinettenwerkgroep 'zorg en hulpverlening' van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de opdracht om probleemsituaties in beeld te brengen en oplossingen voor te stellen.

Op 24 februari 2014 werd een protocol ondertekend door de verschillende ministers van volksgezondheid voor de sector 'Personen met een handicap'. Dit protocol geeft aan welke activiteiten en handelingen in het dagelijks leven niet-verpleegkundigen kunnen verrichten.

Er wordt wel toegelaten dat handelingen die kunnen gebeuren door mantelzorgers ook kunnen gebeuren door niet-verpleegkundigen,

Het protocol vraagt wel een duidelijke afbakening van deze handelingen en duidelijke instructies.

Verder wordt een schriftelijke communicatie tussen de verschillende beroepsbeoefenaars gevraagd. Deze zal verder worden verwezenlijkt via het Bewonersdossier in Eigen Thuis.

Er is ook een procedure voor het melden van alarmsignalen bij bewoners.

Dit document zal alle handelingen oplijsten die kunnen gebeuren door ADL samen met de nodige instructies. Ter info worden ook de handelingen die enkel kunnen gebeuren door (thuis)verpleegkundigen toegevoegd.

Als het Bewonersdossier in werking zal treden zullen ook schriftelijke instructies van de nodige handelingen per bewoner worden toegevoegd.

Opleiding in deze handelingen gebeurt bij de inwerkprocedure en op geregelde tijdstippen op ADL vergaderingen

Als er verpleegkundige handelingen moeten gebeuren bij bewoners die niet beschreven staan in dit document dient dit voorgelegd worden aan de instellingsarts van Eigen Thuis. Deze zal oordelen of dit kan gebeuren en de nodige instructies hiervoor verschaffen en dit aanpassen in dit document.

Handelingen die kunnen gebeuren door ADL in Eigen Thuis

Nakijken parameters

- Toezicht ademhaling
- Afname urinestaal
- Meting hartritme
- Meting glycemie
- Evaluatie ziekteverschijnselen

Wondzorg

- Aanbrengen pleisters
- Verzorging schaafwonden
- Verzorging snijwonden

Medicatietoediening

- Aanbrengen zalven
- Toedienen neusspray
- Toedienen medicatie via maagsonde
- Toedienen medicatie via aerosol
- Toedienen oog -en oordruppels
- Toedienen rectale medicatie
- Toedienen zuurstof

Hulp bij voeding

- Toedienen oraal vocht
- Hulp bij voeding per os
- Toedienen sondevoeding via maagsonde

Toediening therapeutische hulpmiddelen

- Aanbrengen steunkousen
- Aanbrengen coldpack

Hulp bij lichaamshygiëne

- Leegmaken en vervangen urinezak
- Toedienen mondzorg
- Hulp bij lichaamshygiëne/ bedbad
- Verzorging van een suprapubische blaassondage
- Verzorging van een ileo-colo stoma
- Verzorging van een uro stoma

Andere

- Reanimatie

Handelingen die niet kunnen gebeuren door ADL in Eigen Thuis

Enkel door verpleegkundigen

- Dauerbindes aanleggen
- Manuele verwijdering fecalomen
- Toedienen insuline en glucagon
- Verwijderen oorstoppen
- Verwijderen vreemd voorwerp uit oog of oor
- Vaginale spoelingen
- Hechtingen of biopsienames
- Bloeddrukmeting

Enkel door verpleegkundigen op voorschrift

- Plaatsen perifere katheters
- uitvoeren lavement of drainage
- Blaassondage/blaasspoeling
- Verwijderen hechtingsmateriaal, drains en wicken
- Spoelingen van neus, oren en ogen
- Bloedafnames
- aflezen intra dermo testen
- Intramusculaire, intraveneuze of subcutane medicatietoediening
- Vervangen suprapubische blaassonde

Enkel verpleegkundigen onder toezicht van een arts

- Toedienen vaccinaties
- Bloed of urine onderzoek
- Beoordeling biologische parameters

Enkel door artsen

- Plaatsen van een suprapubische blaassonde
- Plaatsen van een gastrostomiekatheter

1. Nakijken parameters

1.1. Toezicht ademhaling

Frequentie

Tel onaangekondigd het aantal in- en uitademingen per minuut als de bewoner in rust is. 1 Ademhalingsbeweging bestaat uit een in- én uitadembeweging. Normaal ligt dit aantal tussen de 12 en 18 keer per minuut.

Geluiden

Let op extra niet normale geluiden zoals rochelen, reutelen en piepen.

Type

Let op zeer oppervlakkig of diep ademen. Kijk naar de neusvleugels en de borst om te kijken of het ademen moeilijk gaat. Let op de ademgeur.

Kijk ook naar de lichaamskleur. Ziet de bewoners er abnormaal bleek, blauwig of rozig uit?

- ademhaling volgens Cheyne-Stokes (regelmatig stijgen en dalen in frequentie van de ademhaling met tussenperiodes van apnoe) kan bij stervende bewoners worden opgemerkt
- ademhaling volgens Biot (onregelmatige, schoksgewijze ademhalingen met langere periodes van apnoe, ademvolume daalt) kan bij stervende bewoners worden opgemerkt
- ademhaling volgens Kussmaul (zeer diepe, regelmatige ademhaling) kan bij bewoners met coma diabeticum worden opgemerkt.

➤ **Alarmtekens**

Bij afwijkingen van de hoger beschreven normale ademfrequentie, geluid of type contacteer dan zeker een arts. Wanneer de bewoner er opvallend blauwig of bleek uitziet contacteer dan ook een arts.

1.2. Afname urinestaal 'mid-stream'

Doel

Het afnemen van een urinestaal gebeurt meestal om een juiste diagnose te kunnen stellen. Is er een urineweginfectie? Wat is de verwekker van deze infectie? Daarom is het belangrijk om deze handeling correct uit te voeren. We proberen een 'mid-stream' staal te nemen. Dit wil zeggen dat het staal halverwege het plassen wordt genomen.

Werkwijze:

- Informeer bij welke bewoner en waarom het staal moet worden afgenomen.
 - Zorg voor voldoende afzondering en dat de bewoner niet gestoord zal worden.
 - Neem het juiste materiaal:
 - Gerief om een toilet uit te voeren
 - een steriel potje
 - handschoenen
 - bedpan zo nodig
 - steriel compresje
 - waterige ontsmettingsvloeistof
 - handontsmetting binnen handbereik
 - aanvraagformulier voor het labo
 - Ontsmet de handen
 - Doe een beetje reinigingsvloeistof (NaCl 0.9%) op het steriel compresje.
 - Vraag de bewoner:
 - om de plasbuis te ontsmetten.
 - om halverwege het plassen een beetje in het potje te plassen.
 - Om direct contact met de binnenkant van het potje te vermijden.
 - Indien de bewoner dit zelf niet kan, help hem bij deze handelingen.
 - Draag handschoenen
 - Gebruik eventueel een bedpan, laat de bewoner hier eerst even in plassen alvorens het staal af te nemen.
 - Laat de bewoner verder uitwateren.
 - Sluit het potje en voeg dit bij het aanvraagformulier in een zakje van het labo.
 - Kijk naar de urine: is ze troebel, bloederig, sterk ruikend?
 - Ruim het gebruikte materiaal op.
 - Doe de handschoenen uit.
 - Was de handen.
 - Bezorg het urinestaal aan de arts en laat de arts weten als de urine er niet normaal uitziet.
- **Alarmtekens:** Kan de bewoner niet meer urineren? Ziet de urine er zeer bloederig uit? Heeft de bewoner onderbuikspijn of een harde buik? Contacteer dan een arts.

1.3. Meting polsritme

Doel

Met het meten van het polsritme proberen we informatie te verkrijgen over het hart en de bloedcirculatie. We proberen te letten op het ritme, de regelmaat en de intensiteit.

Werkwijze

- Probeer t.h.v. de duimzijde van de pols een hartslag te vinden. Leg hiervoor de toppen van de middenvinger en wijsvinger 2-3cm onder de duimzijde van de pols.
- Tel gedurende 15 seconden hoeveel keer het hart slaat, vermenigvuldig dit met 4, zo weten hoeveel keer het hart per minuut slaat.
- Wanneer er t.h.v. de pols geen hartslag te vinden is, zoek dan in de hals en ga op dezelfde manier te werk.
- Let ook op een regelmatig ritme, dit wil zeggen dat er tussen elke hartslag evenveel tijd is.
- Noteer het resultaat in de bewonersmap.

Interpretatie:

- Een normale pols slaat tussen de 60 en de 100 keer per minuut en is regelmatig.
- Bij samengaannde koorts kan dit hoger zijn.
- **Alarmtekens:** Contacteer een arts:
 - wanneer de pols meer dan 110x per minuut of minder dan 50x per minuut slaat.
 - Wanneer je een onregelmatig polsritme vaststelt.

1.4. Meting en registratie van koorts

Doel

Het meten van de lichaamstemperatuur bij het vermoeden van koorts of ondertemperatuur. Het verkrijgen van kennis ten aanzien van een objectieve lichaamstemperatuur van een bewoner.

Algemene opmerkingen

- Rectale (via de anus) temperatuurmeting is niet toegestaan bij bewoners met aandoeningen aan het rectum; na operatie aan het rectum; bij bewoners met een verhoogde neiging tot bloeden en bij bewoners met hevige diarree.
- Als je axillair (onder de oksel) of oraal (onder de tong) de temperatuur meet, rapporteer dit dan uitdrukkelijk door een a of o aan te geven. Bij een rectale meting hoef je niets extra's te noteren. In het algemeen wordt er van uitgegaan dat een axillaire meting 0,5 °C lager uitkomt dan een rectale meting en een orale meting 0,3 °C lager dan een rectale meting.
- Meten van de lichaamstemperatuur met een oorthermometer dient exact volgens de aangegeven methode geschieden. Indien men zich niet aan deze instructie houdt, is de methode niet betrouwbaar.
- Bij orale temperatuurmeting mag de bewoner ongeveer een kwartier voor de metingen geen warme of koude dranken tot zich nemen. Deze methode wordt vanwege onbetrouwbaarheid en veiligheidsaspecten niet bij de bewoners toegepast.

Benodigdheden

- Digitale thermometer
- Bewonersmap en temperatuursregistratiefiche

Vorbereiding

- Leg de benodigdheden binnen handbereik.
- Zorg voor privacy.
- Vertel de bewoner het doel van de handeling; wat er gaat gebeuren en dat alles pijnloos kan verlopen, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en vertel dat er iets gaat gebeuren.
- Was de handen.

Werkwijze

Rectaal meten

- Laat de bewoner op zijn zij draaien met opgetrokken knieën.
- Neem een schone afgeslagen thermometer.
- Doe de meter in een plastic hoesje met vaseline aan de punt.
- Verwijder de kleding zodanig dat de anus gemakkelijk bereikbaar is.
- Laat de bewoner op de (linker) zij draaien met het bovenste been iets opgetrokken.
- Til zo nodig de bovenste bil wat op.
- Breng de thermometer voorzichtig in de anus.

- Blijf de thermometer zo nodig vasthouden en wees bedacht op het terugdraaien van de bewoner.
- Als de thermometer een signaal geeft is de temperatuursmeting klaar en kan je de waarde aflezen.
- Breng de bewoner in de voorafgaande situatie en vertel hem de meetwaarde.
- Reinig en desinfecteer daarna de thermometer met alcohol 70%
- Ruim de materialen op.
- Was de handen.
- Noteer in de bewonersmap op de temperatuursregistratiefiche de verkregen temperatuurwaarde.

Axillair meten (onder de oksel):

- Laat de bewoner liggen of rechtop zitten.
- Maak de oksel droog.
- Plaats de schone afgeslagen thermometer aan de binnenkant van de oksel.
- Leg de arm over de borst.
- Laat de thermometer op zijn plaats zitten tot de thermometer aangeeft dat de meting gedaan is.
- Verwijder de thermometer, lees de temperatuur af en noteer de uitslag.
- Breng de bewoner in de voorafgaande situatie en vertel hem de meetwaarde.
- Reinig en desinfecteer daarna de thermometer met alcohol 70%.
- Ruim de materialen op.
- Was de handen.
- Noteer in de bewonersmap op de temperatuursregistratiefiche de verkregen temperatuurwaarde.

- > **Alarmtekens:** Contacteer een arts bij:
 - Bloedinkjes ten gevolge van aambeien
 - bloedverlies ten gevolge van geforceerd inbrengen thermometer

1.5. Behandeling van koorts

Doel

Het kunnen vaststellen van verhoogde temperatuur, het voorkomen van mogelijke problemen die kunnen optreden bij bewoners met koorts en zorg verlenen bij acute symptomen.

Algemene opmerkingen

Koorts is een stoornis van de warmteregulatie waardoor de lichaamstemperatuur boven de 38° graden Celsius stijgt en gedurende langere tijd aanhoudt.

Oorzaken van koorts kunnen zijn:

- Toxische stoffen ten gevolge van een bacteriële infectie
- Weefselbeschadiging
- Lichaamsvreemde eiwitten (bijv. na vaccinatie)
- Hersenletsel, maligne tumor
- Zonnesteek
- Uitdroging

Benodigdheden

- Koortswerende middelen zoals paracetamol (Dafalgan, Perdolan)
- Vochtbalans registratiefiche uit bewonersmap
- Voldoende vocht
- Schone kleding voor de bewoner
- Schoon beddengoed

Werkwijze

- Zorg voor goede ventilatie van de kamer waar de bewoner verblijft en voorkom tocht.
 - Lichaamsverzorging is van groot belang omdat overmatig transpireren de huid week maakt en de kans op decubitus of doorligwonden vergroot.
 - Vervang vochtige kleding en beddengoed regelmatig.
 - Observeer de bewoner goed.
 - Verstrek de bewoner in ruime mate vocht.
 - Bij het dalen van de koorts of bij matige koorts mag de bewoner weer uit bed doch blijf de bewoner wel observeren tot de koorts voorbij is.
 - Bij koude rillingen dient extra warmte te worden toegediend in de vorm van een extra deken, kruik en warme dranken. Als de rillingen over zijn de extra warmte wegnemen.
 - In overleg met de arts kunnen zo nodig koortsverlagende middelen worden toegediend. Dit is meestal paracetamol 1g (Dafalgan Forte) of ibuprofen (Spidifen, Brufen). Dit kan om de 4 uur worden toegediend. Volg nauwgezet de instructies van de arts hieromtrent.
 - Als de koorts niet genoeg daalt kunnen eventueel nog ijszakken in een handdoek in de liezen van de bewoner worden gelegd.
- **Alarmtekens:** Contacteer een arts bij
- Koorts ($T > 38^{\circ}$)
 - Stuipen bij een bewoner met koorts

1.6. Meting bloedsuikergehalte of glycemie

Achtergrond en symptomen

De waarde van het bloedsuikergehalte of glycemie is zeer belangrijk.

Een te *lage bloedsuiker of hypoglycemie* kan leiden tot verschillende symptomen zoals honger, beven, zweten, concentratieproblemen, duizeligheid, hartkloppingen, wazig zien, bleekheid, rusteloosheid, hoofdpijn, tintelingen in de handen, voeten, lippen of tong en een trillerig gevoel. Wanneer deze niet tijdig wordt gecorrigeerd kan deze zelfs leiden tot de dood.

Een te *hoge bloedsuiker of hyperglycemie* kan symptomen geven als moeheid, veel plassen, veel dorst en een droge tong.

Bloedsuikers kunnen vooral abnormaal zijn bij mensen met suikerziekte of diabetes. Maar ook door niet eten of te laat eten kan een hypoglycemie worden veroorzaakt. Toediening van een te hoge dosis insuline kan ook een te lage suikerspiegel veroorzaken.

Een te hoge suikerspiegel wordt veroorzaakt door de suikerziekte en/of een te lage toediening van insuline of medicatie tegen suikerziekte. Ook een infectie of behandeling met cortisonen kan een verhoogde suikerspiegel verklaren.

Werkwijze

- neem het benodigde materiaal en leg het binnen handbereik.
 - handschoenen
 - priknaaldjes en prikapparaat
 - de glucosemeter
 - meetstrips
 - watje of compresje
- Zorg voor een rustige ruimte waar je niet gestoord kan worden en vertel de bewoner wat je gaat doen en dat je een vingerprik zal geven.
- Monteer de meetstrip correct in het meetapparaat
- Laat de bewoner rustig zitten met de arm in normale zithouding.
- Masseer de wijsvinger zodat het bloed in de vingertop komt te zitten.
- trek handschoenen aan
- Neem een vingerpriknaaldje en monteer het in het vingerprikapparaat
- zet het vingerprikapparaat op de buitenkant van de wijsvinger en druk op de knop
- Masseer een dikke druppel bloed op de vinger.
- Laat de druppel bloed op de meetstrip lopen en steek de meetstrip diep in het toestel
- Geef de bewoner een compresje om het bloeden te stoppen.
- Gooi het priknaaldje in een naaldcontainer.
- Gooi het compresje in de vuilbak.
- Ruim het materiaal op.
- Trek de handschoenen uit.
- Was de handen.
- Noteer de meetwaarde in de bewonersmap.

Interpretatie

Onder de 50 mmol/l spreekt men van een hypoglycemie of te lage bloedsuiker.

Wanneer de bewoner heeft gegeten kan de glycemie stijgen tot 200 mmol/l en zal erna weer zakken. Wanneer de bloedsuiker nuchter boven 120 mmol/l is spreekt men van verhoogde bloedsuikers of hyperglycemie.

Behandeling hypoglycemie:

Bij een bewuste bewoner met een suikerspiegel onder 50 mmol/l moet men deze snel een beetje gesuikerde drank zoals cola laten drinken of 2 suikerklontjes laten opzuigen. Hierna laat men deze best een 2-tal sneden brood eten. Controleer na 1 uur de suikerspiegel opnieuw.

Wanneer de bewoner niet bewust is bel dan 112!

Contacteer hierna een arts.

Behandeling hyperglycemie.

Dit is steeds in overleg met een arts.

> Alarmtekens: Contacteer een arts bij

- Een niet bewuste patiënt met een glycemie lager dan 50 mmol/l
 - **Bel hiervoor 112!**
- Een glycemie bij een bewuste patiënt lager 65 mmol/l dan die niet stijgt na het drinken van gesuikerde drank en eten van boterhammen.
- Nuchtere bloedsuikers hoger dan 120 mmol/l.
- bloedsuikers hoger dan 200 mmol/l, vermeld hierbij hoe lang geleden de bewoner heeft gegeten.

1.7. Evaluëren ziekteverschijnselen en inschakelen van een arts

Doel

In het belang van de bewoner het laten vaststellen van een diagnose en / of het doen instellen van een therapie.

Algemene opmerkingen

Indien een situatie van lichamelijke aard zich snel wijzigt, behoeft dit als regel een snelle actie van de begeleider en de arts.

Indien een situatie van lichamelijke aard zich langzaam wijzigt behoeft dit een actie van de begeleider (afhankelijk van diens deskundigheid) en beoordeelt de arts het moment waarop verdere actie moet worden ondernomen.

Het is van belang dat de basisgegevens van de bewoner aanwezig zijn met betrekking tot de polsslag, temperatuur en eventueel eerder doorgemaakte ziektes of aandoeningen.

Benodigdheden

- Thermometer
- Een polsteller of klok / horloge met secondewijzer.
- Bewonersmap

Werkwijze

In ieder geval:

- Vraag zo mogelijk de bewoner wat er aan de hand is zoals hoofdpijn, buikpijn, andere pijn, ziek gevoel enz.
- Vertel de bewoner wat je gaat doen.
- Meet de lichaamstemperatuur. (Raadpleeg zo nodig bovenstaande protocol)
- Tel de polsslag en de beoordeel de ademhaling. (Raadpleeg zo nodig bovenstaand protocol)
- (Meet indien mogelijk de bloeddruk, indien bloeddrukmeter aanwezig is en raadpleeg zo nodig betreffende protocol.)

Afhankelijk van de situatie:

- Observeer de bewoner: huidskleur (eventueel ook lokaal), benauwdheid, huiduitslag.
- Let ook op (klam) zweten, aanwezigheid of vermoeden van pijn, passiviteit in het algemeen of bepaalde ledematen in het bijzonder.
- Let ook op eetpatroon / niet willen eten / drinken, of slapen / sufheid, of op misselijkheid / braakneigingen (wat en waar heeft iemand bij voorbeeld gegeten?)
- Let ook op bewustzijn / benauwdheid / spierspanning of vreemde spanningen / zwellingen / andere externe factoren
- Kijk zo nodig naar de samenstelling en kleur van eventuele ontlasting (diarree, obstipatie, pus, wormen, maden, bijmenging bloed, groen, zwart, grijsbruin)
- Kijk zo nodig naar de samenstelling, kleur, geur en hoeveelheid van de urine, (geconcentreerd, troebel, zoete lucht, stank)
- Kijk zonodig naar de samenstelling van eventueel braaksel (bloed- of galbijmenging)

- Let ook op gemoedstoestand (laag bewustzijn, suf, geagitteerd, angstig, futloos, eufor,...)
- Noteer in de bewonersmap (bij observaties) alle relevante gegevens.

Op basis van verkregen informatie:

- Besluit op basis van de verkregen gegevens of er een arts moet worden ingeschakeld. Indien je niet zeker bent contacteer dan een begeleider of een collega en overleg het probleem. Indien deze niet bereikbaar is en je bent nog steeds niet zeker, contacteer dan toch een arts.
- Formuleer rustig en duidelijk het probleem of de vragen aan de arts via telefoon.
- Ontvang (indien van toepassing) de arts.
- Noteer eventuele opdrachten of instructies van de arts.
- Als iets niet goed is begrepen, laat dit dan aan de arts weten.
- Verzeker toezicht op de bewoner en stel hem / haar desgewenst gerust.
- Ga, indien nodig, over tot actie volgens de opdracht van de arts.
- Noteer in de bewonersmap de ondernomen acties, instructies en afspraken.

2. Wondzorg

Algemene achtergrond

Wonden kunnen allerlei oorzaken hebben: een val, een snijwonde door een scherp voorwerp, een brandwonde of een verkeersongeval. Ook het langdurig liggen of zitten op dezelfde drukpunten kan wonden veroorzaken, dit noemen we doorligwonden of decubituswonden. Wonden genezen vaak spontaan. Belangrijk is wel een goede wondzorg. Dit kan bestaan uit het reinigen of ontsmetten van wonden, zalven aanbrengen, druk vermijden, en het afdekken van een wonde.

Bij diabetespatiënten, vaatlijders, of decubituswonden genezen vaak veel trager dan gewoonlijk.

Gebruik bij de verzorging van wonden steeds handschoenen.

Uitzicht

Om een wonde te beoordelen kijken we naar verschillende zaken. We letten op de grootte, de kleur, of er al dan niet vuil inzit en of de wonde openstaat.

- Kleur

Wanneer de wonde er gelig uit ziet is er vaak infectie aanwezig in de wonde. Ontsmetten is dan zeer belangrijk.

Ziet de wonde er vuil uit, bijvoorbeeld een wonde na een val op straat, is reiniging van een wonde belangrijk. Dit kan met fysiologisch water (NaCl 0.9%) Soms is het nodig om met een pincet het vuil te verwijderen.

Wanneer er zwarte stukken in de wonde zitten is dit vaak dood weefsel. Om de genezing te bevorderen wordt dit best weggesneden door een arts.

Als een wonde er rood uit ziet wil dit meestal zeggen dat de wonde goed doorbloed is en kan dit bevorderlijk zijn voor de genezing. Zijn de randen van de wonden echter rood, of ziet de omgeving van de wonde waar de huid niet beschadigd is felrood, gezwollen en voelt deze warm aan kan dit wijzen op een huidinfectie. Dit kan gevaarlijk zijn en er wordt dan best een arts gecontacteerd.

- Grootte

Dit is een belangrijk gegeven om de wondgenezing in te schatten. Noteer de grootte van de wonde bij wondzorg dus nauwkeurig in het dossier of vermeld dit wanneer je een arts contacteert.

Bij een openstaande wonde na bijvoorbeeld een val of een snijwonde is soms een hechting noodzakelijk. Contacteer een arts als de wonde openstaat en groter is dan 0.5cm.

2.1. Aanbrengen pleisters

Bij het aanbrengen van pleisters is het belangrijk om te letten op enkele zaken.

We kijken na of een wonde proper is en of de wonde al dan niet aan het ontsteken is bij het vervangen van een pleister. Een ontstekende wonde herkennen we aan fel rode wondranden, felrode warme huid rond de wonde of etter (geel-groen-bruinig vocht) die uit de wonde loopt. Contacteer een arts indien je denkt dat de wonde aan het ontsteken is.

Verder ontsmetten we de wonde bij het vervangen van een pleister met ontsmettingsmiddel zoals Isobetadine.

Schaafwonden, open wonden of doorligwonden kunnen gaan verkleven met de pleister. Dit is nefast voor de wondgenezing. Hierbij worden best niet-inklevende compressen of niet-inklevende pleisters gebruikt. Ook Isobetadine tule kan een goed hulpmiddel zijn hiervoor.

2.2 Verzorging schaafwonden

Schaafwonden dienen proper te zijn alvorens we deze gaan verbanden. Kuis de wonde goed uit met fysiologisch water (NaCl 0.9%). Soms is het nodig om het vuil uit een wonde te halen met een pincet. Contacteer hier zo nodig een arts voor. Schaafwonden dienen goed ontsmet te worden. Gebruik niet-inklevende compressen of niet-inklevende pleisters om de wonde af te dekken.

2.3 Verzorging snijwonden

Bij de verzorging van snijwonden is het eveneens belangrijk dat de snijwonden proper zijn en goed ontsmet worden. Voor een goede wondgenezing moeten de wondranden zo dicht mogelijk bij elkaar worden gebracht. Bij kleine snijwonde (bijvoorbeeld 0.5cm lang) kan een pleister volstaan. Bij grotere of complexe snijwonden is het soms nodig om Steristrips te gebruiken of de wonde te hechten. Contacteer hiervoor zo nodig een arts.

2.4 Verzorging doorligwonden

Doorligwonden ontstaan vaak door het continu belasten door druk op wrijving van een bepaald huiddeel bij patiënten die slechts beperkt kunnen bewegen. Hierdoor komt de doorbloeding van de huid in het gedrang en ontstaan er wonden. Typische plaatsen zijn de stuit, de hiel en de rug. Bij deze bewoners is het belangrijk om een goede eiwitrijke voeding te onderhouden. Een belangrijk deel van de behandeling is het wegnemen van deze druk. Dit doen we door een wisselhouding te gebruiken. Om de 2 uren leggen we hiervoor de bewoner in een andere houding, indien er een wisseldrukmatras aanwezig is doen we dit om de 4 uur. Zo blijft de huid op alle plaatsen goed doorbloed en kunnen de doorligwonden vermeden worden of sneller genezen indien ze er al zijn. Ook kussens of dikke pleisters aanbrengen tussen de drukpunten en de verbandde wonde kan helpen.

Eenmaal een doorligwonde bestaat is het belangrijk om deze wonde goed te behandelen. Contacteer hiervoor een arts of een verpleegkundige.

2.5 Verzorging brandwonden

Brandwonden worden ingedeeld in graden.

Een kleine eerstegraadsbrandwonde kan men zelf verzorgen.

Een eerstegraadsbrandwonde herkent men aan roodheid van de huid maar geen open wonden, geen blaren, pijnlijk maar niet gevoelloos, geen witte, bruine, gele of zwarte wonden.

Een eerstegraadsbrandwonde verzorgt men als volgt:

- spoel de wonde eerst gedurende 10 minuten onder koud/lauw stromend water.
- Breng een brandwondezalf zoals Flamazine aan op de pijnlijke zone.
- Breng een pleister aan op de wonde.
- Geef zo nodig een pijnstiller zoals Dafalgan 1g.

Wanneer men vermoedt dat het geen eerstegraadsbrandwonde is of is de brandwonde groter dan een handplam, contacteer dan zeker een arts.

- > **Alarmsignalen:** Contacteer zeker een arts wanneer...
 - Een wonde er gelig of zwart uit ziet.
 - Er etter uit de wonde komt.
 - Een wonde niet proper kan gemaakt worden.
 - Een wonde openstaat groter dan 0.5cm.
 - De niet beschadigde huid rond de wonde er felrood uit ziet en warm is.
 - Een brandwonde blaren vertoont, gelig, zwart of wit is.
 - Een brandwonde groot is maar geen pijn doet.
 - Een doorligwonde niet geneest of steeds groter wordt.

3. Medicatietoediening

Voor de toediening van medicatie per os (bestelling, voorbereiding, verdeling, inname, ...) verwijzen we naar de aparte procedure 'Medicatietoediening in Eigen Thuis'.

3.1 Aanbrengen zalven

Zalven mogen enkel worden toegediend op voorschrift van een arts. Informeer hierbij steeds naar de reden, de frequentie, het tijdstip, de hoeveelheid en de duur van de behandeling. Controleer of er een verband moet worden aangebracht.

Informeer de bewoner ook over de reden van het aanbrengen van de zalf.

- Controleer of je de juiste zalf hebt en of de houdbaarheidsdatum nog goed is.
- Wanneer je voor de eerste keer de zalf gebruikt, schrijf dan de datum en de naam op de tube of op het doosje.
- Was de handen.
- Maak de zone waar de zalf moet worden aangebracht proper en verwijder zo nodig de oude zalf.
- Gebruik handschoenen of een spatel bij het aanbrengen van de zalf.
- Breng de juiste hoeveelheid zalf aan.
- Dek af zo nodig.
- Werp het gebruikte materiaal weg.
- Doe de handschoenen uit.
- Let er op dat de zalf correct wordt bewaard. (afsluiten? frigo?)
- Noteer in het dossier dat de zalf is aangebracht.
- Was de handen

3.2 Toedienen neusspray

Neussprays mogen enkel worden toegediend op voorschrift van een arts. Informeer hierbij steeds naar de reden, de frequentie, het tijdstip, de hoeveelheid en de duur van de behandeling.

- Controleer of het de juiste neusspray is voor de juiste bewoner en of de houdbaarheidsdatum nog goed is
- Wanneer je voor de eerste keer de neusspray gebruikt, schrijf dan de datum en de naam op het flesje of op het doosje.
- Was de handen.
- Laat de bewoner de neus goed snuiten. Spoel zo nodig de neus met fysiologisch water.
- Spuit de neusspray in elk neusgat.
- Noteer in het dossier dat de neusspray is toegediend.

3.3 Toedienen medicatie via maagsonde

Medicatie via een maagsonde wordt enkel toegediend volgens het medicatieschema en strict volgens het voorschrift van een arts. Sommige medicamenten verliezen namelijk hun werking bij het verbrijzelen van de tabletten of het openen van gelulen. Controleer steeds of het om de juiste medicatie voor de juiste bewoner gaat. Controleer ook het tijdstip van toedienen, de hoeveelheid, de frequentie van toedienen.

- Informeer de bewoner over wat je gaat doen.
 - Zet benodigd materiaal en de toe te dienen medicatie klaar en maal ze zo nodig fijn. Los ze zo nodig ook op in water.
 - Stop zo nodig de voeding door de klep af te sluiten.
 - Spoed de sonde door met 2 spuitjes (fysiologisch) water (20ml)
 - Trek de vloeibare medicatie op en spuit deze door de sonde naar de maag
 - Spuit opnieuw 2 spuitjes (fysiologisch) water door de sonde.
 - Noteer in het dossier dat de medicatie is toegediend.
 - Start de voeding opnieuw als deze gestopt was.
- **Alarmtekens:** Raadpleeg een verpleegkundige of een arts indien de sonde verstopt is. Probeer eerst vloeistof terug te trekken. Indien je meer dan 300cc kan terugtrekken is er eerder sprake van verstopping op een verder niveau dan van verstopping van de sonde.

3.4 Toedienen medicatie via aerosol of verneveling

Aerosols mogen enkel worden toegediend op voorschrift van een arts. Informeer hierbij steeds naar de reden, de frequentie, het tijdstip, de hoeveelheid en de duur van de behandeling.

- Controleer of je de juiste medicatie hebt voor de juiste bewoner.
- Zet alle benodigheden klaar in de buurt van een stopcontact voor het aerosoltoestel. (toestel, medicatie, fysiologisch water, masker)
- Vul de kamer van de vernevelaar met de medicatie zoals voorgeschreven door een arts. Als dit niet duidelijk is hoe het moet, raadpleeg dan de gebruiksaanwijzing van het toestel.
- Gebruik nooit kraantjeswater, steeds fysiologisch water. Anders bestaat er gevaar dat de Legionella bacterie wordt geïnhaleerd.
- Plaats het masker goed aansluitend over neus en mond van de bewoner.
- Zet het toestel aan.
- Wacht tot alle medicatie uit de vernevelkamer verdampst is.
- Neem het masker weg.
- Reinig het masker of het aangezicht zo nodig.
- Reinig steeds de vernevelkamer! Het is belangrijk dat deze proper blijft, anders kunnen bacteriën zich op deze plaats vermenigvuldigen en worden deze volgende keer geïnhaleerd.

- Was de handen.
- Noteer in het dossier dat de aerosolmedicatie is toegediend.

3.5 Toedienen oogdruppels of oogzalf

Oogdruppels of oogzalf mogen enkel worden toegediend op voorschrift van een arts. Informeer hierbij steeds naar de reden, de frequentie, het tijdstip, de hoeveelheid en de duur van de behandeling.

- Controleer of je de juiste medicatie hebt voor de juiste bewoner. Controleer ook de houdbaarheidsdatum. Schrijf de eerste keer dat je de druppels gebruikt de datum en de naam van de bewoner op het doosje.
 - Zet alle benodigdheden klaar (oogdruppels of oogzalf, zakdoek of compresje).
 - Vertel de bewoner wat je gaat doen.
 - Ga achter de bewoner staan en laat hem het hoofd naar achter buigen. Vraag de bewoner om omhoog te kijken.
 - Fixeer je hand op de slaap van de bewoner en trek met de duim of wijsvinger het onderste ooglid naar beneden zodat een gootje ontstaat.
 - Hou het flesje verticaal boven dit gootje en wacht tot er een druppel uitvalt. Raak de oogbol niet aan met het flesje. Bij oogzalf leg je een beetje zalf in dit gootje zonder de oogbol aan te raken met de zalftube.
 - Laat de bewoner druk uitoefenen op de traanbuis aan de binnenkant van het oog t.h.v. de neus gedurende 1 minuut zodat de druppels zich goed kunnen verspreiden in het oog en niet direct weglopen naar de neus.
 - Droog de onderkant van het oog zo nodig met een zakdoek of een compresje.
 - Ruim het materiaal op.
 - Was de handen.
 - Noteer in het dossier dat de oogdruppels zijn toegediend.
- **Alarmtekens:** Bij een rood of pijnlijk oog contacteer je een arts. Ook bij samengaannde hoofdpijn of misselijkheid contacteer je snel een arts.

3.6 Toedienen oordruppels

Oordruppels mogen enkel worden toegediend op voorschrift van een arts. Informeer hierbij steeds naar de reden, de frequentie, het tijdstip, de hoeveelheid en de duur van de behandeling.

- Controleer of je de juiste medicatie hebt voor de juiste bewoner. Controleer ook de houdbaarheidsdatum. Schrijf de eerste keer dat je de druppels gebruikt de datum en de naam van de bewoner op het doosje.
 - Zet alle benodigdheden klaar (oordruppels, zakdoek of compresje).
 - Vertel de bewoner wat je gaat doen.
 - Laat de bewoner het hoofd naar 1 kant kantelen zodat het juiste oor naar boven komt.
 - Trek met je hand de oorschelp lichtjes naar beneden zodat de gehoorgang goed zichtbaar wordt.
 - Hou het flesje met oordruppels met de andere hand verticaal boven de gehoorgang en wacht tot er een druppel uitvalt. Tel het aantal druppels en stop na het voorgeschreven aantal druppels.
 - Laat de oorschelp los.
 - Laat de bewoner eventjes deze positie aanhouden zodat de druppels goed diep in het oor kunnen lopen.
 - Droog de oorschelp zo nodig met een zakdoek of een compresje.
 - Ruim het materiaal op.
 - Was de handen.
 - Noteer in het dossier dat de oordruppels zijn toegediend.
- **Alarmtekens:** Wanneer er etter uit het oor loopt of de bewoner maakt koorts contacteer je best een arts.

3.7 Toedienen rectaal klein lavement (Microlax, Fleet Enema)

Het toedienen van een klein lavement is enkel aangewezen bij darmverstoppingen en gebeurt volgens het voorschrift van een arts. Dit is een risicovolle handeling, dus volg de stappen nauwlettend. Zorg er ook voor dat de in te spuiten medicatie op kamertemperatuur is.

- Neem alle benodigdheden (handschoenen, medicatie, glijmiddel, bedbescherming, nierbekken, zo nodig nieuw incontinentiemateriaal en materiaal voor wassen.)
 - Was de handen.
 - Zorg voor voldoende privacy.
 - Vertel de bewoner wat je gaat doen.
 - Controleer dat de in te spuiten medicatie op kamertemperatuur is.
 - Help de bewoner het onderlichaam te ontbloten.
 - Zorg voor bescherming van het bed.
 - Laat de bewoner op bed liggen op de linkerzij met opgetrokken knieën.
 - Trek de bovenste bil wat omhoog zodat de anus goed zichtbaar wordt.
 - Breng zo nodig wat glijmiddel aan de anus en/of aan de sonde.
 - Waarschuw de bewoner dat je de sonde zal inbrengen en laat hem ontspannen door tegen de bewoner te praten en hem diep te laten zuchten.
 - Breng de sonde van de medicatie in de anus en spuit de vloeistof naar binnen.
 - Stimuleer de bewoner om de medicatie zo lang mogelijk in te houden tot er hevige aandrang komt.
 - Help de bewoner naar de toilet en laat hem stoelgang maken. Indien dit moeilijk is kan er een luier aangedaan worden of een nierbekken onder de anus worden gehouden.
 - Ruim het materiaal op.
 - Was zo nodig het onderlichaam van de bewoner.
 - Was de handen.
 - Noteer in het dossier dat het klein lavement werd toegediend.
- **Alarmtekens:** Contacteer een arts bij:
- hevige blijvende darmkrampen na het lavement
 - een harde buik
 - Bloedverlies uit de anus
 - Blijvende verstopping ondanks 2 kleine lavementen
 - Het onwel worden, flauwvallen of zeer bleek worden na het toedienen van een lavement.

3.8 Toedienen zuurstof

De handeling mag alleen worden verricht in opdracht van een arts. Onderstaande beschrijving geeft het gebruik weer van een standaard zuurstof cilinder. Meestal worden toestellen van Oxycore gebruikt. Voor meer specifieke informatie omtrent het gebruik van deze zuurstofinstallatie is het aangewezen om de gebruikershandleiding van het toestel te raadplegen (in de bewonersmap) of om de leverancier van het toestel te contacteren.

Doel

Het aanbieden van zuurstofrijke lucht ter ondersteuning van de ademhaling en / of verbeteren van de gaswaarden in het bloed.

Algemene opmerkingen

- De arts bepaalt het aantal liters zuurstof per minuut en de wijze van toediening.
- Het is van belang dat de zuurstoftoevoer gegarandeerd is en regelmatig gecontroleerd wordt op aanwezige hoeveelheid.
- Zuurstof is niet ontplofbaar, maar vuur bij een hoge concentratie zuurstof kan wel gemakkelijk brand veroorzaken. Daarom:
 - Verbied roken en het gebruik van vuur en gasaanstekers in ruimten waar zuurstof wordt gebruikt.
 - Vermijd het gebruik van alcohol, ether of andere brandgevaarlijke producten.
 - Zet de cilinder of zuurstofkoffer nooit in de zon of in de buurt van een brandende verwarming.
- Zuurstoftherapie maakt de slijmvliezen droog, daarom dikwijls mondverzorging en neusverzorging realiseren.
- Het begin en einde van de therapie altijd schriftelijk vastleggen.

Benodigheden

- Zuurstofbronnen:
 - zuurstofcilinder op carrier of zuurstofkoffer
 - Drukregelaar (reduceerventiel=volumemeter+manometer)
 - Disposable steriel waterreservoir (zo nodig)
 - Verbindingslang en eventueel verbindingsstukjes
- Afhankelijk van de toedieningsvormen: zuurstofmasker, -bril of -sonde.
- Veiligheidsspelden, kleefpleister, tissue

Vorbereiding

- Zet alle benodigheden binnen handbereik klaar
- Vertel de bewoner (indien mogelijk) het doel van de handeling; wat er gaat gebeuren, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en vertel dat er iets gaat gebeuren.
- Was de handen

Werkwijze

- Laat de bewoner bij voorkeur zitten, eventueel liggen.
- Maak knellende kleding los.
- De neus reinigen, indien mogelijk de neus laten snuiten.
- De cilinder controleren op de inhoud (vermelding van zuurstof).
- Drukregelaar aansluiten, daarna het steriel waterreservoir en de verbindingsslang aansluiten.
- Draai de instelknop dicht.
- Draai de cilinderkraan open (naar links) tot deze niet verder kan.
- Bekijk de druk in de manometer en reken uit hoeveel zuurstof er in de cilinder zit
- Sluit nu het toedieningsysteem (zuurstofmasker, -bril of -sonde) aan op de verbindingsslang.
- Op geleide van de volumemeter het reduceerventiel (regelkraan) open zetten.
- Stel het voorgeschreven aantal liters per minuut in, de bovenkant van het bolletje / tolletje moet gelijk staan met de gewenste maatstreep.
- Controleer de zuurstoftoediening door te voelen of er werkelijk zuurstof wordt uitgeblazen.
- Plaats het zuurstofmasker over de neus en mond van de bewoner, of bevestig de zuurstofbril op de neus van de bewoner, of breng de zuurstofsonde minimaal 5 cm (afstand neusgat - oorlel) in het linker of rechter neusgat
- Zorg ervoor dat er geen zalven op de huid worden aangebracht waar contact met het zuurstof kan plaatsvinden. Dit kan brandwonden veroorzaken!
- Fixeer de zuurstofsonde met kleefpleister en bevestig eventueel de verbindingsslang met een veiligheidsspeld aan het jasje (of iets dergelijks) of het kussen van de bewoner.
- Zuurstofmasker en verbindingsslang na gebruik reinigen.
- De zuurstofcilinder is bedoeld voor langer gebruik.
- Gebruik de zuurstofkoffer uitsluitend in geval van nood en / of voor een korte periode.
- Beëindigen van de therapie:
 - Eerst de zuurstoftoevoer dichtdraaien, manometer leeg laten lopen tot 0 atmosfeer.
 - Toedieningssysteem verwijderen.
 - Neus en mond verzorgen.
 - Controle van de inhoud en eventueel verwisselen van de cilinder.
- **Alarmtekens:** Contacteer een arts wanneer:
 - De bewoner weinig alert of slaperig is tijdens het toedienen van de zuurstoftherapie.
 - De bewoner blauwe lippen of vingers heeft tijdens het toedienen van de zuurstoftherapie.
 - De gemeten saturatie bij de bewoner onder 95% is tijdens het toedienen van de zuurstoftherapie.
 - Er opgemerkt wordt dat er zuurstof wegstroomt naast de leidingen.
 - De bewoner minder dan 12x per minuut ademhaalt.

4. Hulp bij voeding

4.1. Toedienen oraal vocht

Weinig drinken is een veelvoorkomend probleem bij mensen met motorische beperkingen. Dit kan verschillende gezondheidsproblemen veroorzaken zoals uitdroging, frequent urineweginfecties ontwikkelen, nierstenen ontwikkelen, ...

Daarom is het belangrijk om bewoners te helpen met het toedienen van vocht.

Doe dit op een manier die het best lukt voor de bewoner: aanbieden van vocht, hulp bij drinken van een beker, aanbieden van een beker met een rietje, ...

4.2 Hulp bij verslikken

Vershillende bewoners hebben slikproblemen waardoor de kans op verslikken vergroot bij het toedienen van vocht of voeding. Bij het verslikken komt het vocht of de voeding in de luchtpijp terecht i.p.v. in de slokdarm waardoor een luchtwegobstructie kan ontstaan.

Wanneer de luchtwegobstructie slechts gedeeltelijk is, wat blijkt uit piepen of geforceerd hoesten, interfereer dan niet met pogingen van de bewoner om het vreemde voorwerp uit te drijven. Indien de bewoner in staat is om te spreken of te fluisteren, gebruik dan niet de Heimlichmanoeuvre maar spoor deze aan tot ophoesten.

Wanneer er volledige luchtwegobstructie bestaat (dat wil zeggen de niet bewusteloze bewoner is niet in staat om te spreken, te hoesten of te ademen en grijpt dikwijls naar zijn hals als teken van verstikking) moeten de volgende handelingen in snelle opeenvolging worden uitgevoerd en laat door een ander tegelijkertijd een arts waarschuwen.

Werkwijze

Wanneer de bewoner zit of staat:

- Ga aan zijkant van de bewoner staan.
- Laat de bewoner iets naar voren buigen en ondersteun de bewoner met één hand bij de borstkas.
- Geef een snelle reeks van 5 harde, scherpe stoten met de vlakke hand tussen de schouderbladen naar boven gericht.
- Wanneer deze klappen geen effect hebben dan:
 - Ga achter de bewoner staan
 - Sla de armen om het middel van de bewoner, ter hoogte van de navel.
 - Maak met één hand een vuist en grijp deze met de andere hand stevig vast,
 - Plaats de duim van de eerste hand op de bovenbuik van de bewoner tussen de navel en de ribbenboog. Druk hierna de vuist met een snelle stevige stoot schuin naar boven (dus niet slechts samenknijpen). Doe dit vijf keer.
 - Wanneer deze handelwijze geen succes heeft en de bewoner de mond kan openen, probeer dan het voedsel of andersoortige voorwerp met de vingers te verwijderen.
- Als de luchtweg dan nog versperd blijft:

- Herhaal de rugslagen en Heimlichmanoeuvre.
- Wanneer de bewoner het bewustzijn verliest, start dan de reanimatie.

Wanneer de bewoner in een rolstoel zit:

- Probeer de bewoner uit de rolstoel te tillen of 90° te draaien indien mogelijk.
- Laat de bewoner vooroverbuigen zodat het vastzittende object naar boven wordt geduwd en terug naar de mond kan komen.
- Indien dit niet lukt probeer dan hard in de borst te drukken en herhaal dit tot het vastzittend voorwerp loskomt.

Wanneer de bewoner op zijn rug ligt (wanneer deze buiten bewustzijn is of erg zwaar is):

- Rol de bewoner op een zijde en geef met de bal van de hand een snelle reeks van 5 harde, scherpe stoten met de vlakke hand tussen de schouderbladen naar boven gericht.
- Indien deze stoten niet effectief zijn dan:
 - Draai de bewoner snel op zijn rug en ga wijdbeens (of kniel) over de bewoner heen staan,
 - Leg beide handen boven op elkaar op de bovenbuik, juist boven de navel, en geef hiermee snelle, krachtige, naar boven gerichte stoten, zoals boven omschreven.
 - Wanneer de bewoner braakt, draai hem dan snel op zijn zijde en maak de mond schoon om aspiratie te voorkomen.
 - Wanneer deze handwijze geen succes heeft en de bewoner kan zijn mond openen, probeer dan het voedsel of andersoortige voorwerp met de vingers te verwijderen.
- Als de luchtweg dan nog versperd blijft:
 - Herhaal de rugslagen en Heimlichmanoeuvre.
 - Wanneer de bewoner het bewustzijn verliest, start dan de reanimatie.

4.3 Toedienen sondevoeding via maagsonde

Doel

Het voorkomen (of verbeteren) van (reeds opgetreden) complicaties van ondervoeding door verbetering van de voedingstoestand, of het op peil houden van de voedingstoestand tijdens een ziekteperiode met een te verwachten herstel.

Algemene opmerkingen

Onderstaande beschrijving geeft het gebruik weer van een standaard voedingspomp. Voor meer specifieke informatie omtrent het gebruik van de aanwezige voedingspomp is het aangewezen om de gebruikershandleiding van het toestel te raadplegen of om de leverancier van het toestel te contacteren.

Hieronder wordt de procedure besproken van sondevoeding d.m.v. een voedingspomp. In sommige omstandigheden kan het ook noodzakelijk zijn om de sondevoeding toe te dienen zonder voedingspomp. Contacteer hiervoor de instellingsarts.

Alvorens overgegaan wordt tot of gestart wordt met het geven van voeding via een maag-
neussonde/voedingskatheter, vindt er overleg plaats tussen de arts, begeleider, bewoner en/of diens wettelijke vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon en andere teamleden.

- De arts besluit, na overleg en indien daartoe aanleiding is, tot het voorschrijven van sondevoeding.
- Als het noodzakelijk is dat de voeding met een (lage) constante snelheid inloopt kan er tevens besloten worden tot het gebruik van een voedingspomp. Zo'n constante snelheid is bij voorbeeld nodig als:
 - Het uiteinde van de sonde in de dunne darm ligt,
 - Als er een (te) trage maag/darm werking is,
 - Er sprake is van moeilijk instelbare diabetes,
 - Er sprake is van nier- en / of hartinsufficiëntie.
- De diëtist of arts stelt een advies op over de samenstelling, hoeveelheid en opbouw van deze voeding(-swijze).
 - De voedingswijze wordt genoteerd en bijgehouden in de bewonersmap.
- De begeleider bestelt de voorgeschreven voeding en de nodige materialen.
- Elk voedingsmerk/pomp heeft zijn eigen materialen en voedingssoorten. Deze zijn tussen de verschillende merken niet uitwisselbaar. Elk merk heeft specifiek:
 - Standaard of ophangrek
 - Flessenhouder
 - Schone 500 ml fles of container, waarin voorgeschreven voeding of een fles met kant-en-klare voeding.
 - Voedingspomp
 - Toedieningssysteem
- Algemene benodigdheden zijn verder:

- 10 ml à 20 ml Spuit
- Kochertang of klemmetje
- Afsluitdopje of katheterstopje
- Stethoscoop

Vorbereiding

- Leg alle benodigheden binnen handbereik op een dienblad.
- Doe sieraden af
- Handen wassen
- Zorg voor privacy
- Vertel de bewoner het doel van de handeling en wat er gaat gebeuren, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en maak duidelijk dat er iets gaat gebeuren.

Werkwijze

- Zet of leg de bewoner in de juiste houding (zittend / halfzittend).
- Controleer de voeding (soort, hoeveelheid en houdbaarheidsdatum).
- Schud de voeding om gedurende ongeveer een halve minuut.
- Spoel het toedieningsysteem om en sluit de rolregelklem.
- Plaats de flessenhouder over de gevulde fles of plaats (indien van toepassing) de container.
- Plaats het toedieningsysteem (spike en caps) op de fles of container.
- Keer de fles of container om en hang deze aan de standaard / haak.
- Vul de druppelkamer voor 1/3 deel door er zachtjes in te knijpen.
- Leg een bescherming onder het aansluitstukje van de sonde of hou deze boven het receptieent in verband met mogelijk morsen van de voeding.
- Open de rolregelklem en verwijder het afsluitdopje van het toedieningsysteem.
- Laat het toedieningsysteem vol lopen met voeding en sluit de rolregelklem weer.
- Raadpleeg de handleiding van de voedingspomp en plaats het systeem volgens voorschrift in de voedingspomp.
- Sluit het systeem aan op de sonde.
- Start met de voedingspomp de toediening van de voeding volgens de gebruiksaanwijzing. (Raadpleeg bij storingen en alarm de gebruiksaanwijzing).
- Als de voeding doorgelopen is, de pomp stil zetten en het toedieningsysteem van de sonde ontkoppelen en met een spuit 10 à 20 ml water naspuiten in de sonde.
- Sonde afsluiten en controleren of sonde nog voldoende gefixeerd zit.
- Bij continu-voeding wordt echter direct na het doorspuiten de volgende voeding op de hiervoor beschreven wijze aangesloten.
- De bewoner (bij de naam noemen) vertellen dat de handeling klaar is.
- Fles of container en toedieningsysteem direct doorspoelen met water boven een schone (zo mogelijk aparte) spoelbak en hangend bewaren tot de volgende voedingstijd (maximaal 24 uur gebruiken).
- Noteer in de bewonersmap (of ander afgesproken plaats) dat de handeling is uitgevoerd, alsook eventuele bijzonderheden.

- ↳ **Alarmtekens:** Contacteer een arts of verpleegkundige wanneer:
 - De bewoner aanhoudende diarree, constipatie, misselijkheid of braakneigingen vertoont.
 - De sonde verstopt is.
 - De sondevoeding in de luchtpijp terecht is gekomen waardoor de bewoner zich verslikt.
 - Er verhoogde druk in de sonde is door bijvoorbeeld gasophoping of spasmen.
 - De bewoner mondproblemen heeft.

5. Toediening therapeutische hulpmiddelen

5.1. Aanbrengen steunkousen

Doel

Het zo deskundig en aangenaam mogelijk aan- en uittrekken van steunkousen bij een bewoner. Dit gebeurt om zwelling of klontervorming in de bloedvaten van de onderste ledematen te voorkomen of te behandelen.

Algemene opmerkingen

- De kousen moeten eens per 3 maanden op 30 °C gewassen te worden. Hierover dienen afspraken te worden gemaakt.
- In deze richtlijn wordt gesproken over kousen, hiermee bedoelen we steunkousen. Deze steunkousen bestaan in verschillende types: korte of lange, zeer of weinig elastisch. Het type steunkous varieert naargelang de indicatie en moet worden voorgeschreven door een arts.

Benodigheden

- Open en gesloten teenstuk als hulpmiddel zo nodig.
- Steunkousen.

Vorbereiding

- Leg alle benodigheden binnen handbereik klaar (hulpmiddel, kous, handschoenen).
- Controleer regelmatig of de kousen nog goed passen.
- Trek de kousen aan in een droge omgeving. Zorg ook dat de benen van de bewoner droog zijn, anders glijden de kousen niet goed.
- Volg de instructies op die bij het aan- of uittrekhulpmiddel behoren.
- Kies een geschikte plaats voor de bewoner, zodat deze een comfortabele houding kan aannemen. Indien de bewoner een beperking in de heup heeft, waardoor de benen niet geheven kunnen worden, kan het aantrekken in een fauteuil of op bed een oplossing bieden.
- Zorg voor voldoende ruimte zodat de zorgverlener recht voor het betreffende been van de bewoner kan zitten en vrij de benodigde bewegingen kan maken.
- Leg de bewoner zo begrijpelijk mogelijk het doel van de handeling uit; wat er gaat gebeuren en dat alles pijnloos kan verlopen, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en vertel dat er iets gaat gebeuren.
- Trek de steunkousen voor het opstaan aan, omdat het been dan zo dun mogelijk is.

Werkwijze

Aantrekken

- Noem de bewoner bij de naam, informeer en instrueer deze indien mogelijk, zodat het voor beide partijen duidelijk is wat er gaat gebeuren en wat er van beiden wordt verwacht.

- Begeleid of help de bewoner in een juiste houding.
- Neem een uitgangspositie zodanig aan, dat het been binnen handbereik is en eventuele andere handelingen op een ergonomische verantwoorde manier worden uitgevoerd.
- Ga zo zitten dat het been van de bewoner recht voor u is.
- Inspecteer het been alvorens er een elastische kous wordt aangetrokken. Er wordt gekeken naar hygiëne, wondjes, kleur, zwellingen en pijn.
- Breng zo nodig het aantrekhulpmiddel aan over de voet (zie betreffende gebruiksaanwijzing).
- Pak de kous in de omgeslagen bovenzijde vast, houd de duimen vrij.
- Trek de kous in één beweging over de hiel en vervolgens zo ver mogelijk omhoog.
- Wrijf de kous met kleine bewegingen verder omhoog en op zijn plaats.
- Zorg dat de elastische kousen goed over het been verdeeld zijn. Doe dit door met de vlakke handen (of met rubberen handschoenen) over de elastische kous te wrijven.
- Sla nooit het boord van de elastische kous om, ook niet als de elastische kous te hoog is opgetrokken. Verdeel dan de elastische kous opnieuw over het been.
- Begeleid de bewoner na het aantrekken van de kousen naar de gewenste plaats of in de gewenste positie.

Uittrekken

- Ga zo zitten dat het been van de bewoner recht voor je is.
- Breng het uittrekhulpmiddel aan (zie betreffende gebruiksaanwijzing).
- Trek de kous uit door je lichaamsgewicht naar achter te verplaatsen.
 - **Alarmtekens:** Contacteer een arts of verpleegkundige wanneer:
 - 1 of beide benen erg rood, pijnlijk of gezwollen zijn.
 - Er nieuwe wondjes op het been verschijnen.

5.2. Aanbrengen coldpack

Doel

Het ontzwellen van een gekneusd lichaamsdeel.

Werkwijze

- Leg een coldpack op het lichaamsdeel volgens het voorschrift.
- Vermijd direct contact tussen de huid en het coldpack.
- Doe dit nooit langer dan 15 minuten.

6. Hulp bij lichaamshygiëne

6.1 Toedienen mondzorg

Doel

- De verzorging van de tanden en het voorkomen van tandproblemen.
- Het voorkomen van uitdroging en ontstekingen van het slijmvlies in de mond.
- Het bevorderen van speekselsecretie.
- Het bevorderen van een frisse adem.

Benodigheden

- Water of fysiologisch zout 0,9 % (eventueel kamillosan) of voorgeschreven vloeistof
- Onsteriele gazen
- Schone kom.
- handschoenen.
- Tandeborstel
- Tandpasta, lippenpomade, vaseline of andere speciaal daarvoor geschikte middelen.
- Handdoek
- nierbekken.

Vorbereiding

- Zet alle benodigheden binnen handbereik klaar.
- Was de handen
- Vertel de bewoner het doel van de handeling; wat er gaat gebeuren en dat alles pijnloos kan verlopen, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en vertel wat er gaat gebeuren.

Werkwijze

- Zet of leg bewoner in juiste houding.
- Leg de handdoek onder de kin van bewoner.
- Doe de gewenste vloeistof in de kom
- Trek de handschoenen aan.
- Verwijder verpakking van het kompresje en bevochtig het gaas met de vloeistof.
- Maak mondholte en tong voorzichtig en zorgvuldig schoon met natte kompressen.
- Werk van achteren naar voren.
- Gebruik voor ieder gedeelte een schoon kompresje in de volgorde: het gehemelte, de wangen, onder de tong, de tong, de lippen
- Inspecteer mond en tong op kloofjes, wondjes en ontstekingen.
- Poets de tanden.
- Verfris de mond met water of fysiologisch zout om speekselsecretie te stimuleren.
- Vet de lippen zo nodig nadien in.
- Doe de handschoenen uit

- Maak gebruikte materialen schoon
 - Ruim alles op
 - Was de handen.
- **Alarmtekens:** Contacteer een arts wanneer:
- De mond er geïrriteerd uitziet.
 - Er wit beslag in de mond ligt.
 - Er zich kloofjes of bloedingen in het mondslijmvlies bevinden.
 - De bewoner klaagt van pijn in de mond

6.2 Hulp bij lichaamshygiëne/ bedbad

Doel

Algehele (lichamelijke) verzorging van een bewoner.

Algemene opmerkingen

Bij het wassen van een bewoner op bed wordt rekening gehouden met wat deze zelf nog kan of wil. Respect voor het lichaam van de bewoner is van groot belang.

Benodigheden

- Kom met water op een temperatuur die de bewoner wenst (handwarm, lauw, koud) indien de bewoner dit niet kan aangeven gebruikt men handwarm water.
- Washandjes
- Handdoeken
- Persoonlijke toiletartikelen
- Schone kleding naar wens
- Eventueel incontinentiemateriaal

Vorbereiding

- Zet alle benodigheden binnen handbereik.
- Handen wassen.
- Zorg voor voldoende privacy.
- Vertel de bewoner wat er gaat gebeuren.
- Breng bed in de juiste stand en zo mogelijk op de juiste werkhoogte.

Werkwijze

- Breng bewoner in rugligging met één kussen onder het hoofd
- Laat de bewoner zich ontkleden en help hem zo nodig.
- Sla bovenlaken en dekens terug.
- Was het gezicht (de ogen van buiten naar binnen) met zeep water uit de daarvoor bestemde kom.
- Spoel het washandje uit.
- Was de zeep van het gezicht van de bewoner.

- Droog het gezicht af.
- Was de armen, borst en buik (de arm die het verst is verwijderd eerst wassen)
- De armen, borst en buik afdrogen
- Spoel het washandje uit
- Was de zeep van het bovenlichaam, in de volgorde als hierboven
- Boven handdoek over het lichaam leggen
- Breng zo nodig deodorant aan onder de oksels en / of breng zo nodig bodylotion aan op het lichaam
- Onderhanddoek onder de benen leggen
- Was de benen met water (het been dat het verst is verwijderd eerst wassen).
- De benen drogen met onderhanddoek
- Liezen en geslachtsdelen wassen
 - *Bij mannen:*
 - Schuif de voorhuid terug.
 - Was de penis en balzak zonder zeep.
 - Droog de penis en balzak.
 - Schuif de voorhuid weer terug.
 - *Bij vrouwen:*
 - Spreid de benen.
 - Was de schaamstreek en vulva zonder zeep, van boven naar beneden.
 - Spreid de schaamlippen en was de grote schaamlippen en vervolgens de kleine schaamlippen, met een streek van boven naar beneden.
 - Droog deppen.
- Leg de bovenhanddoek in de lengte over de bewoner.
- Leg de onderhanddoek achter de rug
- Was de rug met het water uit de grote kom
- Droog de rug af met de bovenhanddoek
- Was de stuit en anus
- Droog de stuit en anus af met de onderhanddoek
- Draai de bewoner terug
- Kleed de bewoner aan
- Breng de bewoner in de gewenste houding of naar de juiste plek
- Ruim alles op

6.3 Verzorging van een suprapubische blaassondage

Doel

Algemene inspectie van de omgeving van de insteekplaats en de insteekplaats zelf
Het voorkomen van infecties en/of irritaties.

Algemene opmerkingen

- Het verzorgen van de insteekplaats dient 1x per 24 uur plaats te vinden
- In de eerste periode na het inbrengen zal de handeling op aseptische wijze gedaan worden; zodra fistelvorming ontstaan is, zijn steriele handschoenen niet noodzakelijk

Benodigdheden

- Onsteriele handschoenen
- Washandje
- Waskom met water
- Zeep
- Handdoek
- nierbekkentje
- Indien van toepassing: Desinfectans (jodiumtinctuur 1% of chloorhexidinetinctuur 0,5%)
- Steriele kompressen 5x5cm
- 1 Steriel splitkompres 10x10cm
- Pleister

Voorbereiding

- Leg alle benodigdheden binnen handbereik klaar op een dienblad.
- Handen wassen
- Zorg voor privacy
- Vertel de bewoner het doel van de handeling; wat er gebeuren gaat, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en maak duidelijk dat er iets gebeuren gaat.
- Vertel dat alles pijnloos kan verlopen.

Werkwijze

- Trek de handschoenen aan
- Laat de bewoner een liggende houding aannemen
- Verwijder het oude verbandmateriaal en doe dit in een bekkentje
- Inspecteer de huid rond de fistelopening op roodheid, ettervorming of andere bijzonderheden
- Open de verpakking van de steriele kompressen 5x5cm en overgiet deze met de voorgeschreven desinfectans of reinigingsmiddel.
- Leg het splitkompres en de 10x10cm gazen klaar in opengemaakte verpakking
- Controleer of de katheter goed vast zit door er voorzichtig aan te trekken.
- Maak de fistelopening schoon met fysiologisch water (NaCl 0.9%)

- Dep de huid rondom de fistelopening schoon met de washand, water en eventueel zeep
 - Werk van binnen naar buiten en zorg dat er geen zeepresten achter blijven of water langs de katheter naar binnen loopt.
 - Dep de huid droog met de handdoek.
 - Schuif het splitgaas om de katheter heen
 - Fixeer het splitgaas met pleister
 - Trek de handschoenen uit
 - Ruim de materialen op
 - Noteer in de bewonersmap dat de handeling is verricht, alsook eventuele bijzonderheden.
- **Alarmtekens:** Contacteer een arts wanneer:
- De huid rond de fistelopening er rood of geïrriteerd uitziet.
 - er etter uit de fisteropening komt.
 - De huid rond de fistelopening pijnlijk is.
 - de katheter los zit.

6.4 Verzorging van een ileo-colo stoma

Doel

De huid rond de stoma in goede conditie houden en irritatie van het stoma voorkomen.

Algemene opmerkingen

- Een colostomie bestaat uit 15 – 20 cm geïsoleerde dikke darm (colon) dat naar buiten is gebracht.
- De stoma bevindt zich meestal op de linker bovenbuik.
- Er bestaan één- en tweedelige opvangsystemen (kant-en-klaar of op maat te maken)
- Bestel stoma-artikelen in overleg met een deskundige stomaverpleegkundige of arts en leg geen te grote voorraad aan omdat, vooral in de beginperiode, nog wel eens van materiaal wordt gewisseld.

Benodigheden

- Huidpleister in gewenste maat
- Een product in de juiste maat, of een product dat door middel van een mal op maat gemaakt moet worden
- Stomazakje in de juiste maat
- Zo nodig een gebogen nagelschaartje
- Niet-steriele gazen
- Nierbekkentje
- Onderlegger
- 2 Geurcapsules (indien gewenst)
- Zo nodig hulpproducten (Stomahesive pasta, Orahesivepoeder, Skinprep, Barrièrespray)
- Afvalzakje (zo nodig met buigbaar sluitstripje)
- Handschoenen

Vorbereiding

- Leg alle benodigheden binnen handbereik op een dienblad.
- Vertel de bewoner het doel van de handeling; wat er gaat gebeuren en dat alles pijnloos kan verlopen, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en vertel dat er iets gaat gebeuren.

Werkwijze

Directe voorbereiding

- Maak zo nodig de eerste keer een voorbeeldmal van de stoma
- Bewaar deze mal bij de bewoner
- Knip de stoma-opening van de plak met behulp van de mal uit
- De stoma kan van vorm veranderen, controleer daarom regelmatig de mal

Verwijderen oude stomazakje

- Doe handschoenen aan
- Verwijder de oude huidplak “pellend” van boven naar beneden

- Trek de plak er niet af, dan wordt de huid beschadigd.
- Houd met één hand de huid goed tegen.
- De plakresten die niet gemakkelijk zijn te verwijderen, laten zitten, deze komen bij een volgende wisseling los.
- Daarna met droge gaasjes de huid voorzichtig maar goed droog maken.
- Leg daarna op stoma tijdelijk even een droog kompresje om eventuele ontlasting welk naar buiten komt op te vangen
- Doe handschoenen uit
- Gooi vuil materiaal in afvalzak, niet in het toilet.

Aanbrengen van stomazakje

- Maak de kompressen met lauw kraanwater nat en maak de huid naar de stoma toe schoon.
 - Scheer eventueel haren weg (gebruik geen ontharingscrème)
 - Houdt de stoma afgedekt, zodat de ontlasting niet over de huid loopt.
 - Maak bij lekkage de huid opnieuw schoon
 - Gebruik geen zalf of olie om de stoma omdat dit de plakkracht van de huidplak vermindert
 - Belangrijk is een goede verzorging om roodheid en pijn te voorkomen en de huid geschikt te houden voor het bevestigen van het opvangmateriaal
 - Als het nodig is, op de noodzakelijke plaatsen de geadviseerde pasta/barrierecreme aanbrengen
 - Verwarm de plak tussen de handen of onder het been van de bewoner. Dit bevordert de kleefkracht.
 - Het gaasje van het stoma verwijderen.
 - Verwijder de beschermlaag van de nieuwe huidplak en breng de plak aan.
 - De plak dubbelvouwen door de niet plakkende zijdes tegen elkaar aan te brengen. Zorg er voor dat de plak niet ribbelt of tegen elkaar plakt.
 - Breng het opvangzakje van onder naar boven aan met een rollende beweging zodat het materiaal glad rond de stoma komt te zitten.
 - Zorg ervoor dat de opening goed om de stoma heen komt te zitten zonder plooiën of oneffenheden door de plak goed met de handen aan te wrijven op de huid, vooral rond de stoma.
 - Zorg ervoor dat het zakje zijwaarts afhangt en het luchtfilter naar boven gericht is.
 - Controleer of het zakje goed vast zit.
 - Ruim alle materialen op.
 - Handen wassen.
 - Noteer in het de bewonersmap bij het verpleegdossier dat de stoma vervangen is.
- > **Alarmentekens:** Contacteer een arts of verpleegkundige wanneer:
- De huid rond de stoma er rood of geïrriteerd uitziet.
 - Wanneer de opening van de stoma vernauwd of ingetrokken is.
 - Wanneer de darm uit de stoma uitpuilt.

6.5 Aanbrengen van een condoomkatheter

Doel

Het opvangen van urine bij een incontinente man door middel van uitwendig opvangmateriaal.

Algemene opmerkingen

- Als materiaal wordt een condoomkatheter (bijvoorbeeld Hollister of Conveen)
- De maat van de condoomkatheter is afhankelijk van de grootte van de penis
- De condoomkatheter moet dagelijks worden vervangen, waarbij de penis moet worden gereinigd met water en zeep

Benodigdheden

- Water
- Handdoek
- Niet steriele handschoenen
- Condoomkatheter
- Urine-opvangzak
- Ophangstelsel voor urinezak

Vorbereiding

- Leg alle benodigdheden klaar
- Handen wassen
- Zorg voor privacy
- Leg de bewoner zo begrijpelijk mogelijk het doel van de handeling uit; wat er gaat gebeuren en dat de handeling belastend kan zijn, of indien deze dit niet kan begrijpen: noem de naam van de bewoner en vertel dat er iets gaat gebeuren.

Werkwijze

- De bewoner in rugligging op bed (laten) installeren en het onderlichaam (laten) ontbloten.
- Leg zo nodig een groot opvangcompres of pampendoek onder het genitale gebied van de bewoner.
- Open de verpakking van de condoomkatheter en laat deze binnen handbereik in de geopende verpakking liggen.
- Handschoenen aantrekken.
- Verwijder zo nodig de oude condoomkatheter.
- De penis wassen met water; bij het reinigen de voorhuid van de glans, de penis terugtrekken.
- De penis afdrogen en er voor zorgen dat de voorhuid weer over de glans wordt geschoven om stuwings (Spaanse kraag of parafimosis) te voorkomen.
- Breng, indien van toepassing, de kleefstrip volgens de gebruiksaanwijzing op de penis aan.
- De nieuwe condoomkatheter over de penis afrollen.

- Rol de externe katheter zo ver mogelijk over de penis af en knijp de katheter voorzichtig aan op de penis.
- Let er op dat de opening van de urethra (het plasgaatje) voor de opening van de condoomkatheter zit door ongeveer 1 cm ruimte te houden tussen het uiteinde van de penis en de externe katheter.
- De urine-opvangzak aan de condoomkatheter bevestigen en ophangen aan het katheterrekje of de urine-opvangzak bevestigen aan de kleding van de bewoner.
- Handschoenen uittrekken.
- Materialen opruimen.
- Noteer in het zorgdossier (of andere afgesproken plaats) dat de handeling is verricht alsook de bijzonderheden die zijn opgemerkt.
 - > **Alarmtekens:** Contacteer een arts wanneer:
 - De bewoner zijn urine er troebel of bloederig uitziet.
 - De sonde verstopt is.
 - Er stuwing is opgetreden aan de kop van de penis door inklemming van de voorhuid (parafimosis).
 - Wanneer de genitaliën van de bewoner er fel rood of ontstoken uitzien.

Toe te voegen?

- Reanimatie?
- verzorging PEG sonde?
- Medicatieverstrekking?
- wat te doen bij overlijden?