

A photograph of various medical supplies including a stethoscope, a pair of blue-handled forceps, a green pencil, and a metal watch band, all resting on a white fabric surface. The image is partially overlaid by a teal vertical bar on the left side.

Zakboek Verpleegkundige handelingen

Nette ten Brink, Marjolein Smink,
Josje Witkamp-van der Veen

Eerste druk



Noordhoff Uitgevers

Zakboek

Verpleegkundige handelingen

Zakboek

Verpleegkundige handelingen

Nette ten Brink
Marjolein Smink
Josje Witkamp-van der Veen

Eerste druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: G2K Designers Groningen/Amsterdam

Omslagillustratie: iStockPhoto

Foto's: Lineair beeldresearch, Arnhem

Illustraties: Anke Nobel, Lelystad

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB
Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl



© 2014 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veeleenvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

ISBN (ebook) 978-90-01-85580-2

ISBN 978-90-01-82369-6

NUR 897

Woord vooraf

Dit Zakboek **Verpleegkundige Handelingen** is bedoeld voor HBO verpleegkundigen. Dit Zakboek kan ook zijn nut bewijzen bij verpleegkundigen bij wie de kennis wat weggezakt is. In dit boek worden de belangrijkste aandachtsgebieden van verpleegkundige handelingen nader toegelicht. Een aantal hoofdstukken wordt op twee wijzen ingedeeld:

- De basiszorg
- De verpleegkundige handelingen

In alle hoofdstukken is in de opbouw een vaste structuur gehanteerd. Eerst komen de algemene aandachtspunten aan de orde. Deze algemene uitgangspunten worden daarna verdiept in de beschrijving van het aandachtsgebied. Hierbij wordt puntsgewijs het protocol voor de beschreven handeling verder uitgewerkt.

In deze uitgave worden richtlijnen beschreven voor verpleegkundige handelingen. Deze richtlijnen zijn onder meer gebaseerd op de protocollen van Vilans. Omdat richtlijnen door ervaring en gebruik kunnen worden gewijzigd, wordt voor actuele informatie over richtlijnen of aangepaste richtlijnen verwezen naar www.vilans.nl.

Inhoud

- 1 Helpen bij lichamelijke verzorging Basiszorg 11**
 - 1.1 Algemene aandachtspunten helpen bij lichamelijke verzorging 11
 - 1.2 Handhygiëne naleven 16
 - 1.3 Voorschriften toepassen 18
 - 1.4 Steriele handschoenen gebruiken 22
 - 1.5 Begeleiden bij aan- en uitkleden 23
 - 1.6 Hulp bieden bij uit- en aankleden in bed of op de stoel 24
 - 1.7 Hulp bieden bij uit- of aankleden bij een zorgvrager met een aangedaan lichaamsdeel 25
 - 1.8 Steunkousen helpen aantrekken 27
 - 1.9 Volledig wassen in bed 28
 - 1.10 Hulp bieden bij wassen aan de wastafel, bij douchen of baden 30
 - 1.11 Haar wassen in bed 32
 - 1.12 Hulp bieden met mondverzorging 33
 - 1.13 Hulp bieden met oogverzorging 35
 - 1.14 Hulp bieden bij bril, contactlenzen of oogprothese verzorgen 37
 - 1.15 Hulp bieden bij verzorgen van oor en gehoorapparaat 38
 - 1.16 Gezicht scheren 40
 - 1.17 Hulp bieden bij nagelverzorging 42
 - 1.18 Preventieve maatregelen nemen tegen smetten (intertrigo) 44
 - 1.19 Preventieve maatregelen nemen tegen decubitus 45
 - 1.20 Verwijzingen 47

- 2 Voeding en vocht Basiszorg 49**
 - 2.1 Meten en wegen 49
 - 2.2 Hulp bieden bij eten en drinken 53
 - 2.3 Helpen bij eten en drinken bij platligging of halfzittende houding 54
 - 2.4 Maatregelen nemen om eetlust te bevorderen 56
 - 2.5 Zorgvrager informeren over bijhouden van een vochtbalans 57
 - 2.6 Vochtbalans invullen 58
 - 2.7 Verwijzingen 60

- 3 Voeding en vocht Verpleegkundige handelingen 63**
 - 3.1 Algemene aandachtspunten sonde en sondevoeding 63
 - 3.2 Maagsonde inbrengen 65
 - 3.3 Maagsonde verzorgen 70
 - 3.4 Sondevoeding toedienen in porties, continu met spuit of trechter (risicovolle handeling) 72
 - 3.5 Sondevoeding toedienen via een gesloten systeem, met of zonder voedingspomp 76
 - 3.6 Sonde verwijderen (risicovolle handeling) 77
 - 3.7 PEG-sonde verzorgen 78
 - 3.8 Sondevoeding toedienen via PEG-sonde, per portie 82

- 3.9 Sondevoeding toedienen via PEG-sonde, per continu systeem 84
- 3.10 PEG-katheter verwijderen en G-tube inbrengen 85
- 3.11 G-tube verwijderen 86
- 3.12 Maagspoeling uitvoeren 87
- 3.13 Verwijzingen 89

4 Uitscheiding Basiszorg 91

- 4.1 Algemene aandachtspunten uitscheiding 91
- 4.2 Ondersteek of urinaal geven 93
- 4.3 Kant-en-klaar klysma toedienen 95
- 4.4 Begeleiden bij selecteren van incontinentiemateriaal 97
- 4.5 Incontinentiemateriaal toepassen 99
- 4.6 Condoomkatheter aanbrengen 101
- 4.7 Zorgvrager met een verblijfskatheter verzorgen 102
- 4.8 Blaastraining geven 104
- 4.9 Hulp bieden bij sputum opgeven 105
- 4.10 Hulp bieden bij braken 108
- 4.11 Hulp bieden bij menstruatie 110
- 4.12 Verwijzingen 111

5 Uitscheiding Verpleegkundige handelingen 113

- 5.1 Algemene aandachtspunten uitscheiding 113
- 5.2 Het inbrengen van een blaaskatheter (voorbehouden handeling) 115
- 5.3 Urineretentie 119
- 5.4 Soorten blaaskatheters 120
- 5.5 Risico's & katheteriseren 122
- 5.6 Specifieke aandachtspunten per zorgcategorie 123
- 5.7 Opvangmateriaal 124
- 5.8 Specifieke aandachtspunten katheteriseren 124
- 5.9 Verwijderen van een blaaskatheter 126
- 5.10 De suprapubische katheter 127
- 5.11 Verzorgen van een suprapubische katheter 129
- 5.12 Vervangen van een suprapubische katheter 130
- 5.13 Blaasspoelen met een gesloten systeem, een blaasspuit of met een urotainer 131
- 5.14 Het inbrengen van een rectumcanule (risicovolle handeling) 134
- 5.15 Het manueel verwijderen van feces 136
- 5.16 Het uitvoeren van een darmspoeling (klyx, druppelklysma en hoogopgaand klysma) 137
- 5.17 Algemene stomazorg verlenen 140
- 5.18 Ileo- of colostoma gebruiken 142
- 5.19 Urostoma verzorgen 145
- 5.20 Colostoma irrigeren 146
- 5.21 Verwijzingen 147

6 Mobiliteit Basiszorg 149

- 6.1 Algemene aandachtspunten bij mobiliteitsproblemen 149
- 6.2 Ondersteunen bij het lopen 154
- 6.3 Ondersteunen bij het verplaatsen in bed 155
- 6.4 Ondersteunen bij het verplaatsen van bed naar stoel of ander bed 158

- 6.5 Ondersteunen bij het vinden van een geschikte lichaamshouding [160](#)
- 6.6 Ondersteuning bieden bij het omgaan met de rolstoel [162](#)
- 6.7 Liggende zorgvrager verplaatsen en ondersteunen bij wisselligging [165](#)
- 6.8 Verwijzingen [167](#)

- 7 Slapen en waken bevorderen Basiszorg [169](#)**
 - 7.1 Algemene aandachtspunten [169](#)
 - 7.2 Warmwaterzak of warmwaterkruik toepassen [171](#)
 - 7.3 Bed afhaken en opmaken, zorgvrager mag uit bed [172](#)
 - 7.4 Hoog-laag bed afhaken en opmaken, zorgvrager ligt in bed, mag niet opzitten, wel draaien [173](#)
 - 7.5 Hoog-laag bed afhaken en opmaken, zorgvrager zit in bed, mag niet draaien [175](#)
 - 7.6 Hulpmiddelen toepassen bij bedverzorging [176](#)
 - 7.7 Verwijzingen [177](#)

- 8 Vitale functies Basiszorg [179](#)**
 - 8.1 Algemene aandachtspunten [179](#)
 - 8.2 Ademweg en ademhaling controleren [183](#)
 - 8.3 Circulatie controleren [185](#)
 - 8.4 Bewustzijn controleren [191](#)
 - 8.5 Temperatuur controleren [193](#)
 - 8.6 Stralingswarmte toedienen via warmtelamp of infrarode lamp [196](#)

- 9 Medicijngebruik Verpleegkundige handelingen [201](#)**
 - 9.1 Algemene aandachtspunten verzorgen medicijngebruik [201](#)
 - 9.2 Controleren en uitzetten medicijnen [204](#)
 - 9.3 Registreren medicijngebruik [207](#)
 - 9.4 Medicijnen oraal, rectaal, transcutaan en vaginaal toedienen [208](#)
 - 9.5 Medicijnen via oog, oor of neus toedienen [210](#)
 - 9.6 Medicatie toedienen via inhalatie [213](#)
 - 9.7 Vagina irrigeren (voorbehouden en risicovolle handeling) [215](#)
 - 9.8 Verwijzingen [217](#)

- 10 Injecteren Verpleegkundige handelingen [219](#)**
 - 10.1 Algemene aandachtspunten injecteren, infusie en venapunctie [219](#)
 - 10.2 Medicament klaarmaken voor injectie (ampul of flacon) [225](#)
 - 10.3 Medicament per subcutane injectie toedienen (voorbehouden handeling) [230](#)
 - 10.4 Medicament per intramusculaire injectie toedienen (voorbehouden handeling) [233](#)
 - 10.5 Insuline per insulinepen toedienen (voorbehouden handeling) [236](#)
 - 10.6 Anticoagulantia per subcutane injectie toedienen (voorbehouden handeling) [238](#)
 - 10.7 Verwijzingen [240](#)

- 11 Inuus en venapunctie Verpleegkundige handelingen [243](#)**
 - 11.1 Algemene aandachtspunten injecteren, infusie en venapunctie [243](#)
 - 11.2 Analgetica per subcutane infusie met PCA-pomp toedienen (voorbehouden handeling) [244](#)

- 11.3 Medicamenten intraveneus toedienen (voorbehouden handeling) [246](#)
- 11.4 Perifeer infuus inbrengen en met behulp hiervan vloeistoffen toedienen (voorbehouden handeling) [250](#)
- 11.5 Perifeer infuus verwijderen [255](#)
- 11.6 Perifeer infuussysteem verwisselen [257](#)
- 11.7 Centraal veneus infuussysteem verwisselen (voorbehouden handeling) [258](#)
- 11.8 Infuuskolf of -zak verwisselen [261](#)
- 11.9 Transfusie uitvoeren (voorbehouden handeling) [262](#)
- 11.10 Verwijzingen [265](#)

- 12 Wonden Verpleegkundige handelingen [267](#)**
- 12.1 Algemene aandachtspunten wonden verzorgen [267](#)
- 12.2 Rode en gele wonden verzorgen [269](#)
- 12.3 Wondtoilet toepassen op zwarte wonden (voorbehouden handeling) [272](#)
- 12.4 Decubitus verzorgen [274](#)
- 12.5 Smetten verzorgen [275](#)
- 12.6 Zwachteltechniek toepassen bij stomp, borst en heup [277](#)
- 12.7 Compressieverband aanleggen met korte-rek zwachtels [280](#)
- 12.8 Compressieverband aanleggen met lange-rek zwachtels [282](#)
- 12.9 Wonddrain verzorgen [283](#)
- 12.10 Wonddrain verwijderen [286](#)
- 12.11 Hechtingen en agraves verwijderen [286](#)

- 13 Ademhaling en luchtwegen Verpleegkundige handelingen [291](#)**
- 13.1 Algemene aandachtspunten ademweg en ademhaling [291](#)
- 13.2 Zuurstof toedienen via een zuurstofbril, zuurstofkatheter of zuurstofmasker (risicovolle handeling) [293](#)
- 13.3 Tracheaanule en tracheostoma verzorgen (risicovolle handeling) [297](#)
- 13.4 Tracheaanule verwisselen (voorbehouden handeling) [301](#)
- 13.5 Tracheaanule verwijderen en stoma afplakken [303](#)
- 13.6 Bronchiaal toilet uitvoeren (voorbehouden handeling) [305](#)
- 13.7 Thoraxdrain verzorgen en observeren (risicovolle handeling) [310](#)

- 14 Onderzoek en behandeling Verpleegkundige handelingen [317](#)**
- 14.1 Algemene aandachtspunten deelnemen aan onderzoek en behandeling [317](#)
- 14.2 Urine opvangen via middenstroom bij man of vrouw [319](#)
- 14.3 Urine opvangen via een verblijfskatheter [320](#)
- 14.4 Wonduitstrijkje maken [322](#)
- 14.5 Bloed voor onderzoek afnemen via venapunctie (voorbehouden handeling) [323](#)
- 14.6 Hielprik toepassen bij neonaten (voorbehouden handeling) [326](#)
- 14.7 Assisteren bij medische ingrepen [329](#)

Register [332](#)

Literatuuropgave [336](#)



1

Helpen bij lichamelijke verzorging

Basiszorg

- 1.1 Algemene aandachtspunten helpen bij lichamelijke verzorging
- 1.2 Handhygiëne naleven
- 1.3 Voorschriften toepassen
- 1.4 Steriele handschoenen aan- en uittrekken
- 1.5 Begeleiden bij aan- en uitkleden
- 1.6 Hulp bieden bij aan- en uitkleden in bed of op de stoel
- 1.7 Hulp bieden bij aan- en uitkleden bij een zorgvrager met een aangedaan lichaamsdeel
- 1.8 Steunkousen helpen aantrekken
- 1.9 Volledig wassen in bed
- 1.10 Hulp bieden bij wassen aan de wastafel, bij douchen of baden
- 1.11 Haar wassen in bed
- 1.12 Hulp bieden bij mondverzorging
- 1.13 Hulp bieden bij oogverzorging
- 1.14 Hulp bieden bij bril, contactlenzen of oogprothese verzorgen
- 1.15 Hulp bieden bij verzorgen oor en gehoorapparaat
- 1.16 Gezicht scheren
- 1.17 Hulp bieden bij nagelverzorging
- 1.18 Preventieve maatregelen nemen tegen smetten
- 1.19 Preventieve maatregelen nemen tegen decubitus
- 1.20 Verwijzingen

1.1 Algemene aandachtspunten helpen bij lichamelijke verzorging

Het is je taak als verpleegkundige de zorgvrager zo nodig te ondersteunen bij de persoonlijke verzorging. De zorgverlening die je biedt, gaat uit van de zorgvraag en zelfzorgmogelijkheden van de zorgvrager en is dan ook eerder aanvullend dan overnemend.

Van jou als verpleegkundige wordt een professionele aanpak verwacht en dat je de zorg verleent vanuit een empathische houding. De zorgvrager heeft vaak een afhankelijke positie. Herken en houd rekening met schaamtegevoelens van de zorgvrager.

Bij dagelijkse verzorging gaat het vooral om hulp bij het wassen, douchen, haren wassen, scheren, in- en uitnemen en schoonmaken van (een) prothese(s), aankleden en het verzorgen van nagels. Ook ligt er bij jou een sterk preventiegerichte taak ten aanzien van smetten en decubitus. Methodisch werken verhoogt mede de kwaliteit van zorg. Voor je eigen verzorging volg je de WIP-richtlijn Persoonlijke hygiëne medewerkers (revisie juni 2013).



Afbeelding 1.1 Empathische houding

1.1.1 Enkele indicaties

- een zelfzorgtekort
- verlichting van de mantelzorg
- preventief vanwege het risico van complicatie(s) als vallen, infectiegevaar, verstoorde wondgenezing enzovoort
- als onderdeel van een interventie, bijvoorbeeld een operatie of het opvangen van urine
- als voorbereiding op een onderzoek of ingreep

1.1.2 Enkele contra-indicaties

- cultuursensitieve redenen (sommige culturen verbieden lichamelijk contact)
- de zorgvrager weigert persoonlijke verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat geen verzorgende interventie toe
- wanneer het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat

1.1.3 Wat heb ik nodig?

Voor de lichamelijke verzorging van een zorgvrager heb je verschillende materialen nodig, die per interventie beschreven staan. Materialen voor de persoonlijke verzorging zoals waskommen, handdoeken en washandjes

of -doekjes. Hulpmiddelen voor gebitsreiniging, materiaal om het haar te verzorgen of te scheren, deodorant, zeep enzovoort.

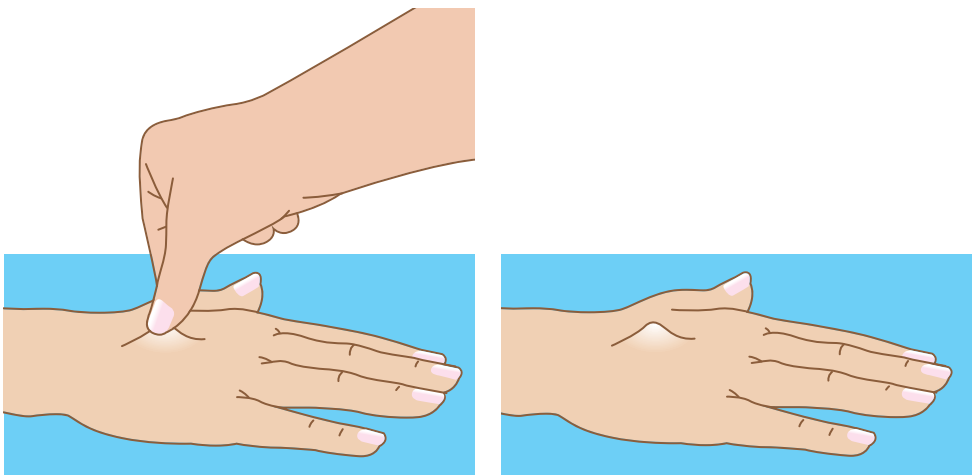
1.1.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk vraaggericht, ga na of de zorgvrager de interventie wenst
- neem de hygiënische richtlijnen als uitgangspunt
- ga uit van de mogelijkheden van de zorgvrager en pas je tempo aan
- stimuleer de zorgvrager tot zelfredzaamheid
- werk kostenbewust
- werk ergonomisch verantwoord

Acties

- zorg voor de privacy van de zorgvrager
- bescherm zo nodig jezelf door middel van beschermende kleding en handschoenen
- doe sieraden bij de zorgvrager af voor je de verzorging start
- pas handhygiëne toe volgens de WIP-richtlijnen
- ga na of er cultuurspecifieke wensen of richtlijnen zijn waar je rekening mee moet houden
- preventie contracturen:
 - Bedlegerige zorgvragers stimuleren actief van houding te wisselen. Wanneer dit niet mogelijk is, passief de ledematen en vingers volgens een schema buigen en strekken.
 - Beddengoed niet te strak instoppen. Bij de voeten de dekens ter hoogte van de voeten een rukje geven opdat de voeten vrij liggen ter voorkoming van spitsvoeten.
- observeer zorgaspecten van de huid tijdens de verzorging:
 - Huidturgor (indicator vochtthuishouding). Wanneer de even tussen duim en wijsvinger opgenomen huidplooi (bijvoorbeeld van de handrug) blijft staan, kan dit een indicatie zijn van vochttekort.



Afbeelding 1.2a en 1.2b Huidturgor

- Oedeem (indicator verstoring vochthuishouding). Wanneer er teveel vocht in het weefsel onder de huid wordt vastgehouden, kun je putjes in de huid drukken die even blijven staan.



Afbeelding 1.3 Oedeem

- Hematomen (blauwe plekken) observeer je op:
 - Verkleuringen en het verloop hierin (rood, zwart, blauw, geel).
 - Temperatuur (warm en rood kan op ontsteking duiden).
 - Blijvende pijnklachten (kan duiden op grotere schade van onderliggend weefsel).
 - Plaats. Wanneer de plek op het lichaam geen logisch verband lijkt te hebben met de vermelde oorzaak, een arts consulteren.
 - Terugkeren. Een arts consulteren, om de onderliggende oorzaak te achterhalen.
 - Controleer de zorgvrager op het gebruik van anticoagulantia (antistollingsmiddelen).
- petechiën (kleine puntvormige rode of paarse, niet wegdrubbare huidbloedinkjes)
 - arts consulteren om oorzaak te achterhalen
 - geen interventies toepassen, deze kunnen de toestand van de patiënt negatief beïnvloeden
- wonden/wondjes (kunnen een lichamelijke of psychische oorzaak hebben)
 - Observeer de kenmerken van de wond: kleur, geur, afmeting, eventueel exsudaat, aanwezigheid van pijn, duur van genezing/herstel, plaats en oorzaak van de wond.
 - Krabeffecten wijzen op jeuk, probeer de oorzaak te achterhalen. Mogelijke oorzaken zijn eczeem, scabiës (schurftmijt), aanwezigheid van hoofd- en of schaamluis, leverinsufficiëntie.

- Was in geval van jeuk de zorgvrager zonder of met weinig zeep, en vet de huid na de wasbeurt goed in.
- Bij trage wondgenezing: ga na of de zorgvrager bekend is met diabetes, zo niet consulteer een arts.
- preventie smetten
- preventie drukplekken/ decubitus
- moedervlekken: let op veranderingen als verkleuren of bloeden, dit kan veroorzaakt worden door een maligne proces
- huidskleur:
 - bleekheid
 - controleer op shockverschijnselen
 - verhoog de temperatuur/breng dekens aan
 - controleer de doorbloeding en stimuleer de doorbloeding zo nodig
 - roodheid
 - controleer of de zorgvrager koorts heeft
 - controleer de huid op ontstekingsverschijnselen
 - controleer op wegdrukbaarheid. is dit niet mogelijk, dan duidt dit op decubitus
 - cyanose
 - wanneer dit waarneembaar is als een 'blauw masker' rond mond (soms ook blauwe vingertoppen) is er mogelijk sprake zijn van zuurstoftekort
 - controleer op mogelijke externe oorzaken van het zuurstoftekort en haal deze weg
 - controleer de temperatuur van de patiënt en zijn omgeving: koude kan ook cyanose veroorzaken
 - geelzucht
 - wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van bilirubine dat zich ophoopt in de huid
 - controleer oogwit en slijmvliezen op gele verkleuring

Rapportage

- algemeen welbevinden van de zorgvrager tijdens de verzorging
- het zelfzorgvermogen en -tekort
- aspecten ten aanzien van de verzorging van nagels, haren, baard en het gebit
- specifieke wensen t.a.v. gebruik en voorkeur persoonlijke verzorgingsmiddelen
- huid: rapporteer veranderingen betreffende de uiterlijke kenmerken
 - conditie
 - kleur
 - elasticiteit
 - aanwezigheid hematoom
 - aanwezigheid wond
 - geur

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn. Evalueer de gezondheidstoestand van de zorgvrager regelmatig en pas je zorg hierop aan.

1.2 Handhygiëne naleven

Handhygiëne is een basisvoorwaarde voor de preventie van besmettingen en de daaruit volgende infectie. De Werkgroep Infectiepreventie (WIP) is door het rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu ingesteld om hier controle op uit te oefenen. Zij stelt de richtlijnen op die in de praktijk gehanteerd worden. Let er op dat je de meest recente richtlijn hanteert, er wordt voortdurend onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de beschreven interventies en de richtlijn wordt regelmatig bijgesteld.

Handhygiëne wordt, afhankelijk van de motivatie van de reiniging, toegepast op twee voorgeschreven wijzen: handen wassen en handdesinfectie.



Afbeelding 1.4 Handhygiëne

1.2.1 Enkele indicaties

- de handen wassen met water en zeep
 - handen zijn zichtbaar vuil
 - handen voelen plakkerig aan
 - na toiletgang
- de handen desinfecteren
 - voor contact met de zorgvrager in beschermende isolatie
 - voor gebruik van handschoenen of toepassen invasieve hulpmiddelen
 - tijdens de verzorging, wanneer van 'vuil' naar 'schoon' wordt overgegaan
 - na hoesten en niezen
 - na uittrekken handschoenen
 - na elk direct contact met de zorgvrager en na uitvoering van verpleegkundige handelingen

1.2.2 Enkele contra-indicaties

Handdesinfectie: na het handen wassen. Het nog aanwezige vocht na handen wassen verdund de concentratie van alcohol, waardoor de gewenste effectiviteit verdwijnt. Ook is het een te grote belasting voor de handen van de zorgverlener om beide reinigingsmethoden toe te passen.

1.2.3 Wat heb ik nodig?

Voor het handen wassen heb je water, een dispenser met vloeibare zeep en wegwerphanddoekjes nodig.

Voor de handdesinfectie heb je handalcohol zonder toevoeging van chloorhexidine (WIP-richtlijn 2012) nodig en het geduld de handen te laten drogen.

Om de huidconditie van de handen te versterken is het aan te raden een vochtinbrengende handcrème te gebruiken. Voor nagelverzorging een nagelschaar en nagelvijsl. Braampjes aan de nagels vergroten ongewild het nageloppervlak en hiermee ook het aantal meegenomen micro-organismen.

1.2.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk bewust
- houd rekening met de kwetsbaarheid van de zorgvrager en de vergrote kans op kruisinfectie

Acties

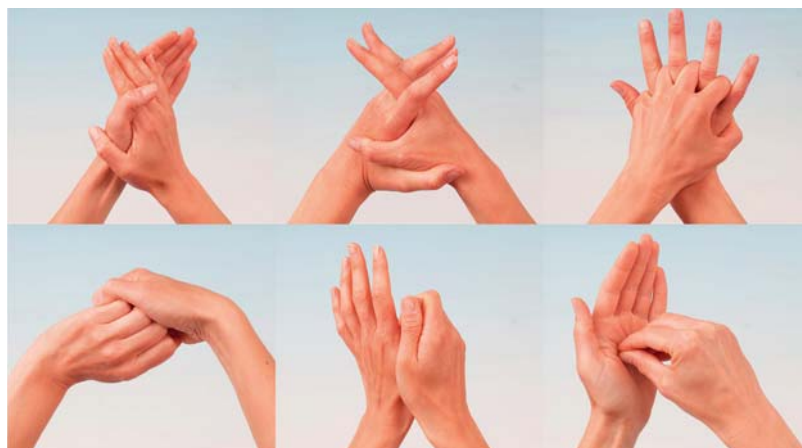
Pas alle beschreven acties toe volgens de WIP-richtlijnen.

Handen wassen:

- open de kraan met voetpedaal of ellebooghendel
- laat de kraan flink stromen en maak je handen goed nat
- gebruik vloeibare zeep uit een dispenser en voorzie je handen van een laag zeep
- wrijf je handen in met de zeep
- spoel je handen goed af
- sluit de kraan met elleboog- of voetbediening, indien dat niet mogelijk is met een wegwerphanddoek
- droog je handen af met een wegwerphanddoek
- ga na of je handen zichtbaar schoon zijn

Handdesinfectie:

- breng de voorgeschreven handalcohol aan in het kuiltje van één hand
- wrijf je handen 30 seconden in elkaar
- laat de handen aan de lucht drogen, zonder deze te 'wapperen'
- ga na of de handen droog zijn



Afbeelding 1.5 Handen desinfecteren

Handverzorging:

- vochtinbrengende crème
 - gebruik vocht inbrengende crème en wrijf de handen zorgvuldig in
 - gebruik een dispenser of tube
 - raak de tuit of de mond van de tube niet aan bij gebruik: veeg een eventuele rest van de crème die aan het uiteinde blijft hangen weg met een schoon gaasje
 - ga na of de crème is ingetrokken in de huid voordat je je handen weer gebruikt
- nagelverzorging
 - houd de nagels kort met behulp van nagelschaar en nagelvijl

TABEL 1.1 Schema handhygiëne

Voor contact met de zorgvrager	Na contact met de zorgvrager
Zorgvragers met normale afweer tegen infecties.	
Geen handreiniging of handdesinfectie <ul style="list-style-type: none"> • voor vluchtige contacten • voor lichamenlijk onderzoek • voor het wassen van de zorgvrager 	Geen handreiniging of handdesinfectie na vluchtige contacten.
Wel handreiniging of handdesinfectie <ul style="list-style-type: none"> • voor kleine ingrepen • voor wondbehandeling of -verzorging 	Wel handreiniging of handdesinfectie <ul style="list-style-type: none"> • na ieder lichamenlijk onderzoek • na contact met lichaamsvloeistoffen • na alle verpleegkundige handelingen
Zorgvragers met verminderde afweer tegen infecties.	
Altijd handreiniging.	Geen handreiniging of handdesinfectie na vluchtige contacten.
Wel handdesinfectie <ul style="list-style-type: none"> • voor vluchtige contacten • voor lichamenlijk onderzoek • voor het wassen van de zorgvrager • voor kleine ingrepen • voor wondbehandeling of -verzorging 	Wel handreiniging of handdesinfectie <ul style="list-style-type: none"> • na ieder lichamenlijk onderzoek • na contact met lichaamsvloeistoffen • na alle verpleegkundige handelingen
Zorgvragers met een infectie.	
Handreiniging of handdesinfectie is afhankelijk van de afweer van de zorgvrager.	Wel handdesinfectie (voorkeur boven handreiniging) na ieder contact met de zorgvrager.

1.3 Voorschriften toepassen

Als verpleegkundige verleen je op een professionele wijze zorg, dat wil zeggen met gebruikmaking van voorschriften en richtlijnen. Deze hanteer je volgens een vastgestelde methodiek, of pas je tijdens de zorgverlening aan en vermeld je in het verpleegplan van de zorgvrager. De door jou verleende zorg is gebaseerd op theoretische (zo mogelijk evidence based) kennis en praktische vaardigheden.

Professioneel handelen betekent ook dat je kostenbewust, ergonomisch en hygiënisch werkt en de veiligheid van jezelf en je zorgvragers bewaakt. Je

bent daarbij gebonden aan relevante wetgeving zoals de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (de wet BIG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).



Afbeelding 1.6 Voorschriften toepassen

1.3.1 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- Werk met een professionele houding vanuit een visie op zorg.
- Houd rekening met de zorgvrager en diens zorgvraag. De zorgvraag dient als uitgangspunt om de zorgverlening te bepalen.

Acties

Methodisch handelen

- ga uit van het verpleegkundig proces:
 - anamnese
 - bepalen van de verpleegkundige diagnose
 - bepalen van het uiteindelijke doel of resultaat
 - bepalen van relevantie verpleegkundige interventies
 - toepassen/uitvoeren van deze interventies
 - het resultaat van de verleende zorg evalueren
- stel een verpleegplan op naar aanleiding van de bepaalde doelen
- pas de verpleegkundige zorg methodisch toe
- rapporteer de verleende zorg en resultaten in het zorgdossier
- evalueer deze verleende zorg

Beroepshouding

- Je beroepshouding toon je aan door uit te gaan van de wensen, noden en mogelijkheden van de zorgvrager.
- Je zorgverlening is op basis van gelijkwaardigheid, terwijl je de afhankelijke positie van de zorgvrager steeds in het oog houdt.
- Je verleent alleen zorg die nodig is en verhoogt de zelfredzaamheid van de zorgvrager. Stimuleer de zorgvrager in wat hij/zij zelfstandig kan doen.

Hygiënisch verantwoord werken

Je houdt je aan specifieke interventie-gerelateerde hygiënische maatregelen zoals beschreven in de WIP-richtlijnen, zoals:

- Het dragen van beschermende kleding, handschoenen, mondkapje. Draag deze waar je in contact kunt komen met lichaamsvochten van de zorgvrager tijdens de interventie.
- Het toepassen van persoonlijke hygiëne:
 - zorg voor schone werkkleding
 - zorg voor schoon werkmateriaal
 - was regelmatig je handen
 - houd je nagels kort
 - draag geen kunstnagels
 - gebruik geen nagellak
 - gebruik, wanneer voorgeschreven, disposable handschoenen
 - draag geen zichtbare sieraden (oorbellen zijn alleen toegestaan wanneer zij niet buiten het oor hangen)
 - steek lang haar op
 - gebruik papieren zakdoekjes
- Het toepassen van handhygiëne.
- Het reinigen, desinfecteren of steriliseren van hulpmiddelen en materialen:
 - Reinigen. Verwijderen van zichtbaar en onzichtbaar organisch materiaal om te voorkomen dat micro-organismen zich kunnen handhaven, vermeerderen en verspreiden
 - Desinfecteren. Het aantal micro-organismen verminderen en het risico van besmetting uitsluiten. Er kunnen sporen achterblijven. Gebruik de juiste desinfectans op het juiste moment. Lees hiervoor de richtlijnen op de verpakking van het middel of volg de aanwijzingen van de WIP
 - Steriliseren. Het doden of inactiveren van alle micro-organismen en sporen. Dit kiemvrij maken heeft als doel de kans op besmetting te minimaliseren.
- Het gebruiken van wegwerpmaterialen/disposables: gebruik disposables waar mogelijk om infecties tegen te gaan.

Veilig werken

- ga uit van de richtlijnen volgens de Arboret.
- de bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) bewaakt en ondersteunt de werknemer in het gezond houden en veilig zijn van de werkplek
- de werkplek moet voldoen aan:
 - De Arbo-eisen betreffende licht, geluid, ventilatie en werkhoogte. Er moeten voldoende materialen en hulpmiddelen ter beschikking zijn om je verantwoord te laten werken. Materialen en hulpmiddelen moeten in orde zijn: je hebt de plicht defecten te melden.
 - Je takenpakket bevat alleen handelingen waarbij de veiligheid en de lichamelijke belasting binnen de normen van de Arboret vallen.
 - De werkdruk is aanvaardbaar en brengt geen ongezonde spanning met zich mee.
- fouten en bijna-fouten
 - Bij een fout of bijna-fout heb je een meldingsplicht en heeft je werkgever een onderzoeksplicht. De FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents) of MIP (Melding Incidenten Patiëntenzorg) -commissie houdt zich hiermee bezig.

Ergonomisch werken

Belast je lichaam zo min mogelijk tijdens het uitvoeren van je werk. Belangrijk is hierbij:

- Je lichaamshouding en krachtuitoefening.
- Let op de juiste lichaamshouding.
- Je toegepaste transfertechniek.
- Bij het verplaatsen (tillen) zet je de benen iets uit elkaar en buig je de knieën. Je lichaam vormt één lijn tussen vastpakpunt en steunpunt.
- Het gebruik van de juiste hulpmiddelen.
- De optimale verlichting van de werkplek.
- Het optimale klimaat van de werkplek.
- Geluid, lawaai en trillingen op de werkplek mogen bepaalde waarden niet overschrijden.

Kostenbewust en milieubewust werken

- verspil geen materiaal, neem alleen materiaal mee dat nodig is voor de interventie
- ga bewust om met het verschonen van beddengoed
- werk hygiënisch om infecties te voorkomen
- ga zorgvuldig om met elektriciteit en klimaathandhaving

Voer verpleegkundige handelingen uit vanuit een wettelijke verantwoordelijkheid

De wet BIG is een wet voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, die de kwaliteit van de beroepsbeoefening bewaakt en bevordert. De zorgvrager wordt beschermd en mag ervan uitgaan dat de beroepstitel alleen door een professional gevoerd wordt. Aan het voeren van deze beroepstitel zijn eisen gesteld: het hieraan voldoen wordt bewaakt door de wetgever.

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die door verpleegkundigen uitgevoerd mogen worden in opdracht van en met mogelijkheid van tussenkomst van een arts of medisch specialist. Tevens moet de beroepsbeoefenaar zich bekwaam voelen de handeling uit te voeren (recente ervaring) en bevoegd zijn op basis van opleiding. Onbekwaam is onbevoegd.

Voorbehouden handelingen zijn handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van de zorgvrager met zich meebrengen als zij ondeskundig worden uitgevoerd. Zij zijn beschreven in de wet BIG, artikel 36.

Juridische aansprakelijkheid: een verpleegkundige valt onder het tuchtrecht. Bij schade aan een zorgvrager, veroorzaakt door de verpleegkundige zorgverlening, kan deze een klacht indienen bij de Inspectie voor de gezondheidszorg.

WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Deze wet is bedoeld om de rechtspositie van de zorgvrager te versterken. De wet beschrijft de rechten en plichten van de zorgvrager én de zorgverlener. In hoofdlijnen betekent dit:

- Er moet altijd mondelinge of schriftelijke toestemming verleend zijn door de zorgvrager voor een medische of verpleegkundige ingrijpende verrichting. De wilsbekwaamheid van de zorgvrager is hier het uitgangspunt.
- De zorgvrager moet op voor hem/haar te begrijpen wijze geïnformeerd worden over de behandeling.

- De verpleegkundige moet zich houden aan de geheimhoudingsplicht. Deze geldt ook voor studenten. Een uitzondering hierop is wanneer de zorgvrager zichzelf of anderen in ernstig gevaar wil brengen en jij hiervan op de hoogte bent. Overleg in dat geval met de leidinggevende.

1.4 Steriele handschoenen gebruiken

Wanneer je handelingen uit moet voeren, waarbij de kans bestaat dat je de zorgvrager besmet, ben je verplicht steriele handschoenen te dragen. Dit staat vermeld in het protocol van de handeling.



Afbeelding 1.7 Steriele handschoenen gebruiken

1.4.1 Enkele indicaties

Voorgeschreven in het protocol van de uit te voeren handeling.

1.4.2 Enkele contra-indicaties

Geen.

1.4.3 Wat heb ik nodig?

Steriele handschoenen en een schoon, droog, leeg en ruim werkvlak om de handschoenen aan te trekken.

1.4.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

Werk kosten- en hygiënebewust.

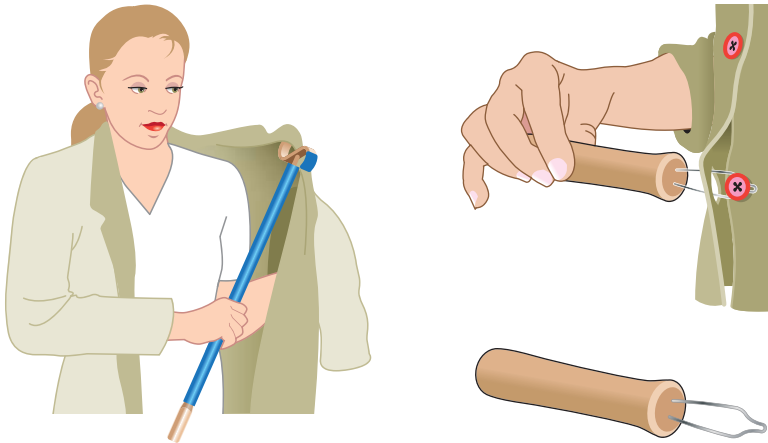
Acties

- Zorg voor een schoon, droog, leeg en ruim werkvlak.
- Controleer voor je de handschoenen aantrekt de verpakking op beschadigingen en de uiterste gebruiksdatum.

- Ga van te voren na welke maat handschoen je nodig hebt.
- Controleer voor de handeling je nagels op scherpe randjes of braampjes.
- Desinfecteer je handen voor je handschoenen aantrekt en nadat je ze uitgetrokken hebt. Micro-organismen gedijen uitstekend in een warme, vochtige omgeving die je juist creëert bij het dragen van de handschoenen.
- Open de verpakking en volg het protocol steriele handschoenen aantrekken.

1.5 Begeleiden bij aan- en uitkleden

Bij het ondersteunen van zorgvragers die hulp nodig hebben bij het aan- en uitkleden is het belangrijk de zorgvrager te stimuleren tot zelfredzaamheid. Echter, daar waar het voor de zorgvrager niet mogelijk is om deze zelfredzaamheid te tonen, is jouw professionele hulpverlening belangrijk.



Afbeelding 1.8 Aankleedstok en knopenhaakje

1.5.1 Enkele indicaties

- een vaardigheidstekort door lichamelijke of cognitieve/verstandelijke stoornis
- motivatietekort
- kennistekort

1.5.2 Enkele contra-indicaties

Geen.

1.5.3 Wat heb ik nodig?

Er zijn veel hulpmiddelen waarmee de zorgvrager ondanks een handicap zichzelf kan aan- of uitkleden. Het gebruik van deze hulpmiddelen vergroot de zelfredzaamheid van de zorgvrager en moet dan ook worden nagestreefd. Het gaat te ver deze hier te benoemen, maar via de ergotherapeut kunnen deze geleverd worden. Ook heb je de kleding nodig die de zorgvrager aan wil.

1.5.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- Verleen hulp vanuit de zorgvraag van de zorgvrager. Heb geduld en pas je ondersteuning aan, waarbij je de zelfredzaamheid van de zorgvrager blijft stimuleren.
- Houd rekening met gevoelens van schaamte.
- Werk systematisch, zodat je de zorgvrager niet onnodig vermoeit en deze niet afkoelt.

Acties

- voor zorgvragers met cognitieve of psychische problematiek kan het belangrijk zijn de handeling in een vaste, voorgeschreven volgorde uit te voeren
- leg de kleding in overleg met de zorgvrager eventueel in een vaste volgorde klaar
- gebruik daar waar mogelijk hulpmiddelen
- pas de kleding aan aan de gezondheidstoestand van de zorgvrager
- geef advies betreffende de kleding in de gegeven zorgsituatie:
 - Gemakkelijk wasbaar.
 - Gemakkelijk draagbaar.
 - Goed passend (niet te strak).
 - Gemakkelijk sluitbaar (elastiek of rits).
 - De stof moet veel vocht op kunnen nemen en aangepast zijn aan de omgevingstemperatuur. Liever katoen/natuurlijk dan synthetisch. Katoen kan ook op hoge temperatuur gereinigd worden, wat de hygiëne verbetert.
- draag zorg voor het merken van de kleding wanneer de kleding van de zorgvrager door de instelling wordt gewassen

Rapportage

- rapporteer welke hulpmiddelen werden/worden ingezet
- rapporteer het gegeven advies, zodat dit niet steeds herhaald wordt

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.6 Hulp bieden bij uit- en aankleden in bed of op de stoel

Wanneer de zorgvrager hulp nodig heeft bij het aan- en uitkleden, maakt het niet veel verschil of de zorgvrager op bed verzorgd wordt of op de stoel bij deze handeling. Overleg welke kleding de zorgvrager aan wil.

1.6.1 Enkele indicaties

- een vaardigheidstekort door lichamelijke of cognitieve/verstandelijke stoornis
- motivatietekort
- kennistekort

1.6.2 Enkele contra-indicaties

Geen.

1.6.3 Wat heb ik nodig?

Er zijn veel hulpmiddelen waarmee de zorgvrager ondanks een handicap zichzelf kan aan- of uitkleden. Het gebruik van deze hulpmiddelen vergroot de zelfredzaamheid van de zorgvrager en moet dan ook worden nagestreefd. Het gaat te ver deze hier te benoemen, maar via de ergotherapeut kunnen deze geleverd worden. Ook heb je de kleding nodig die de zorgvrager aan wil.

1.6.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- Werk systematisch, zodat je de zorgvrager niet onnodig vermoeit en deze niet afkoelt.
- Verleen hulp vanuit de zorgvraag van de zorgvrager. Heb geduld en pas je ondersteuning aan, waarbij je de zelfredzaamheid van de zorgvrager blijft stimuleren.
- Houd rekening met gevoelens van schaamte.

Acties

- leg de kleding in overleg met de zorgvrager van tevoren klaar
- voor zorgvragers met cognitieve of psychische problematiek kan het belangrijk zijn de handeling in een vaste, voorgeschreven volgorde uit te voeren
- gebruik daar waar mogelijk hulpmiddelen bij het aan- en uittrekken van kleding
- laat de zorgvrager zo mogelijk rechtop zitten en wat voorover buigen bij het aan- of uittrekken van de bovenkleding
- pas haptonomische transfertechnieken toe bij het aan- of uittrekken van de onderkleding

Rapportage

- rapporteer welke hulpmiddelen worden gebruikt bij het aan- en uitkleden
- rapporteer de toegepaste haptonomische transfertechniek

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.7 Hulp bieden bij uit- of aankleden bij een zorgvrager met een aangedaan lichaamsdeel

Bij zorgvragers met een aangedaan arm of been is van belang om bij het aantrekken van kleding eerst het aangedane lichaamsdeel te kleden. Bij het uittrekken van de kleding moet dit juist als laatste ontkleed worden. Dit voorkomt onnodige pijnklachten of luxatie van de arm of het been.

1.7.1 Enkele indicaties

- een vaardigheidstekort door lichamelijke of cognitieve/verstandelijke stoornis
- motivatietekort
- kennistekort

1.7.2 Enkele contra-indicaties

Geen.

1.7.3 Wat heb ik nodig?

Er zijn veel hulpmiddelen waarmee de zorgvrager ondanks een handicap zichzelf kan aan- of uitkleden. Het gebruik van deze hulpmiddelen vergroot de zelfredzaamheid van de zorgvrager en moet dan ook worden nagestreefd. Het gaat te ver deze hier te benoemen, maar via de ergotherapeut kunnen deze geleverd worden.

Ook heb je de kleding nodig die de zorgvrager aan wil en eventueel een stoel of steun, waaraan de zorgvrager zich kan vasthouden tijdens de handeling.

1.7.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- Verleen hulp vanuit de zorgvraag van de zorgvrager. Heb geduld en pas je ondersteuning aan, waarbij je de zelfredzaamheid van de zorgvrager blijft stimuleren.
- Houd rekening met gevoelens van schaamte.
- Werk systematisch, zodat je de zorgvrager niet onnodig vermoeit en deze niet afkoelt.

Acties

- voor zorgvragers met cognitieve of psychische problematiek kan het belangrijk zijn de handeling in een vaste, voorgeschreven volgorde uit te voeren
- leg de kleding in overleg met de zorgvrager van te voren klaar
- pas het relevante protocol toe
- pas de kleding aan aan de gezondheidstoestand van de zorgvrager
- gebruik daar waar mogelijk hulpmiddelen bij het aan- en uittrekken van kleding
- laat de zorgvrager zo mogelijk rechtop zitten en wat voorover buigen bij het aan- of uittrekken van de (boven)kleding
- pas haptonomische transfertechnieken toe bij het aan- of uittrekken van de onderkleding
- bij het aantrekken van de kleding starten met het aangedane lichaamsdeel
- bij het uittrekken van de kleding eindigen met het aangedane lichaamsdeel

Rapportage

- rapporteer welke hulpmiddelen worden gebruikt bij het aan- en uitkleden
- rapporteer de toegepaste haptonomische transfertechniek
- rapporteer welk lichaamsdeel het betreft en waar specifiek op gelet moet worden en met welke reden

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.8 Steunkousen helpen aantrekken

Steunkousen worden voorgeschreven bij zorgvragers met veneuze klachten of bij mensen die last hebben van vochtophoping in de benen. De kous oefent druk uit op de oppervlakkige, veneuze vaten waardoor het vocht eerder wordt afgevoerd via de grotere, onderliggende vaten. Het aantrekken van steunkousen geeft een zware lichamelijke belasting. Hiervoor zijn handige hulpmiddelen bedacht die dit aanmerkelijk verlichten.



Afbeelding 1.9 Hulp bij het aantrekken van steunkousen

1.8.1 Enkele indicaties

- varices
- oedeem
- ondersteuning van bloedvaten in het been

1.8.2 Enkele contra-indicaties

- ischemie
- verminderde gevoeligheid extremiteiten
- overgevoeligheid voor het materiaal
- huidinfectie
- bedlegerigheid
- onbehandelde septische flebitis

1.8.3 Wat heb ik nodig?

Willen de steunkousen de bedoelde ondersteuning bieden dan moeten zij op maat gemaakt zijn en goed passen. Heb je deze echter niet tot je beschikking, dan helpt het om rubber huishoudhandschoenen aan te trekken, zodat je meer grip hebt op de kous.

1.8.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch, zodat je de zorgvrager niet onnodig vermoeit
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager

Acties

- wees bedacht op mogelijke complicaties als:
 - trombose
 - intertrigo/smetten
 - decubitus
 - afknellen van lichaamsdeel
 - niet functioneren omdat de kous te ruim is
- gebruik de juiste kous bij de juiste zorgvrager
 - geef met een merkteken aan of het de linker- of rechter kous is
- ga voor het aantrekken na of:
 - de kous droog is
 - het lichaamsdeel schoon en droog is
 - er geen wondjes op het lichaamsdeel zitten
 - je de linker- of rechter kous aantrekt
- gebruik de juiste hulpmiddelen
- pas het relevante protocol toe
 - breng de kous glad aan tot de juiste hoogte
 - voorkom plooiën en onregelmatigheden
 - adviseer de zorgvrager geen extra kousen onder of over de steunkous aan te doen; deze kunnen wrijving, drukplekken en wonden geven
 - trek de kousen 's morgens aan, direct na de wasbeurt omdat de benen dan dunner zijn
 - trek de kousen 's avonds voor het slapen gaan uit
- controleer na het aantrekken:
 - of de kous zonder plooiën is aangebracht
 - of de temperatuur en kleur van de tenen (koud en of blauw bij afknelling) normaal zijn
 - je de linker- of rechter kous aangetrokken hebt
- was de kousen zo nodig volgens voorschrift uit

Rapportage

- rapporteer voor welk been de kous voorgeschreven is
- rapporteer welk hulpmiddel gebruikt wordt bij het aan- en uittrekken

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.9 Volledig wassen in bed

Indien zorgvragers zichzelf niet kunnen wassen wordt de wasbeurt geheel of gedeeltelijk overgenomen door de zorgverlener. Voor een zorgvrager wiens lichamelijke conditie het niet toelaat dat hij/zij zichzelf wast, kan dit een aangenaam moment op de dag zijn. Immers, het is heerlijk om je weer

lekker opgefrist te voelen. Het is echter ook een belasting voor de zorgvrager: vermoeiend en wellicht ook beschamend om je helemaal bloot te moeten geven tegenover een vreemde.

De wasbeurt geeft gelegenheid tot het observeren van de zorgvrager en je bent in de gelegenheid te informeren naar het welzijn van de zorgvrager tijdens een gesprek, mits de zorgvrager dit toelaat.

Stimuleer de zorgvrager tot zelfzorg zodra diens gezondheid dit toelaat. Een goede hygiëne beschermt de zorgvrager tegen mogelijke infecties en houdt de huid (zo) gezond (mogelijk).



Afbeelding 1.10 Volledig wassen in bed

1.9.1 Enkele indicaties

- een zelfzorgtekort
- verlichting van de mantelzorg
- preventief vanwege het risico van complicatie(s)
- als onderdeel van een interventie
- als voorbereiding op een onderzoek of ingreep

1.9.2 Enkele contra-indicaties

- cultuursensitieve redenen (sommige culturen verbieden lichamelijk contact)
- de zorgvrager weigert persoonlijke verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat geen verzorgende interventie toe
- wanneer het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat

1.9.3 Wat heb ik nodig?

Bij een volledige wasbeurt heb je twee waskommen, twee handdoeken en twee washandjes nodig. Zeep of wasgel (tenzij de zorgvrager dit niet wenst), deodorant, huidverzorgingsproducten en een borstel of kam.

1.9.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch, zodat je de zorgvrager niet onnodig vermoeit en deze niet afkoelt
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stimuleer de zelfzorg van de zorgvrager en laat hem zo veel mogelijk zelf doen om zijn gevoel van eigenwaarde te behouden
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager

Acties

- Was van schoon naar vuil en van boven naar beneden, bijvoorbeeld van onderarm naar oksel, van bovenrug naar stuit.
- Bevorder de bloedcirculatie door met strijkende, krachtige streken te wassen en te drogen. Doe dit op de rug met circulaire bewegingen.
- Ga na of huidplooien goed gewassen en gedroogd zijn. Let op de plooi achter het oor en in de nek.
- Was beide heupen.
- Observeer de huid.
- Was eerst de gehele voorzijde van de zorgvrager, laat hem/haar draaien en was daarna de gehele achterzijde. Hierbij wel bewaken dat je de gebruikte materialen voor boven- en onderkant niet door elkaar gebruikt.
- Bij de geslachtsorganen bedek je het lichaam tussendoor met de handdoek, dit om schaamtegevoelens en afkoeling te verminderen.
- Bij het optreden van een erectie vertel je de zorgvrager dat je even weggaat en later terug komt om de wasbeurt af te maken. Verzeker hem dat je beseft dat dit een onbedoelde lichamelijke reactie is.

Rapportage

- rapporteer als professional: een intiem moment van de dagelijkse verzorging kan leiden tot persoonlijke gesprekken waarin je informatie krijgt waarmee je zorgvuldig om moet gaan
- veranderingen in de huidaspecten
- hoe de zorgvrager zegt zich te voelen
- de lichamelijke gezondheidstoestand

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.10 Hulp bieden bij wassen aan de wastafel, bij douchen of baden

De wasbeurt aan de wastafel geeft de zorgvrager een grotere mate van zelfstandigheid. Het is belangrijk dat alle benodigdheden en kleding klaarliggen op korte afstand. Plaats eventueel een stevige stoel voor de wastafel. De douchebeurt kan ongemakkelijk zijn om uit te voeren, doordat de ruimte (zeker in de thuiszorg) klein kan zijn en het benauwd is om er met twee

personen te verblijven. Steunen aan de muur, een douchestoel en een anti-slipvloer voorkomen mogelijke valpartijen bij onwel worden.

Baden kan ontspannend zijn, maar ook vraagt dit alertheid van de zorgverlener op watertemperatuur en uitglijden van de zorgvrager wanneer deze uit of in bad stapt. Laat de zorgvrager dan ook nooit alleen tijdens de badbeurt of, in de thuissituatie, laat de deur niet op slot doen en controleer regelmatig hoe het gaat.



Afbeelding 1.11 Wassen bij de douche

1.10.1 Enkele indicaties

- een zelfzorgtekort of een zorgvraag
- verlichting van de mantelzorg
- als onderdeel van een interventie

1.10.2 Enkele contra-indicaties

- cultuursensitieve redenen (sommige culturen verbieden lichamelijk contact)
- de zorgvrager weigert persoonlijke verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat geen verzorgende interventie toe
- wanneer het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat

1.10.3 Wat heb ik nodig?

Bij een totale wasbeurt aan de wastafel of een douche- of badbeurt, heb je twee handdoeken en washandjes nodig. Zeep of wasgel (tenzij de zorgvrager dit niet wenst), deodorant, huidverzorgingsproducten en een borstel of kam.

Bij de wasbeurt aan de wastafel heb je een stabiele, gemakkelijk te reinigen stoel nodig. Zo mogelijk anti-slipmateriaal en een douchestoel bij de douche of het bad.

1.10.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch, zodat je de zorgvrager niet onnodig vermoeit en deze niet afkoelt
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stimuleer de zelfzorg van de zorgvrager en laat hem/haar zo veel mogelijk zelf doen tijdens de wasbeurt om het gevoel van eigenwaarde te behouden
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager

Acties

- let op de watertemperatuur: zet de thermostaatkraan zo mogelijk vast op een veilige en aangename temperatuur
- bewaak de waterhoogte bij het baden
- observeer de huid
- ondersteun de zorgvrager zo nodig voortdurend bij de douche- of badbeurt
- zorg dat alle benodigheden op maximaal een armlengte van de zorgvrager te vinden zijn

Rapportage

- rapporteer als professional: een intiem moment van de dagelijkse verzorging kan leiden tot persoonlijke gesprekken waarin je informatie krijgt waarmee je zorgvuldig om moet gaan
- veranderingen in de huidaspecten
- hoe de zorgvrager zegt zich te voelen
- de lichamelijke gezondheidstoestand

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.11 Haar wassen in bed

Het wassen van de haren bij een bedlegerige zorgvrager kost veel tijd en kan, indien hij/zij in een lichamelijk slechte conditie is, een (te) belastende interventie zijn. Toch kan de zorgvrager er ook erg van opknappen en er een schoon gevoel van krijgen. Belangrijk bij de afweging om de haren te wassen op bed is of de gezondheidstoestand van de zorgvrager dit toelaat.

1.11.1 Enkele indicaties

- een zelfzorgtekort
- verlichting van de mantelzorg

1.11.2 Enkele contra-indicaties

- hoofdpijn
- hoofdwond
- de zorgvrager weigert deze verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat deze interventie niet toe
- wanneer een behandeling of het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat

1.11.3 Wat heb ik nodig?

Bij een haarwasbeurt op bed heb je handdoeken nodig. Tevens shampoo, haarverzorgingsproducten, een borstel en een kam. Een föhn wordt afgeraden, gezien de mogelijke verspreiding van pathogene micro-organismen. Eventueel krulspelden of rollers en een haarnetje. Tevens heb je een speciaal wasbekken nodig en een emmer om het vuile water in op te vangen.

1.11.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch, zodat je de zorgvrager niet onnodig vermoeit en deze niet afkoelt
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager
- stimuleer het gevoel van eigenwaarde

Acties

- draag zorg voor een aangename kamertemperatuur
- draag zorg voor een tochtvrije ruimte
- let op de watertemperatuur: zet, indien mogelijk, de thermostaatkraan vast op een veilige en aangename temperatuur
- observeer de hoofdhuid op:
 - ongedierte als hoofdfluis
 - wonden
 - hematomen
 - drukplekken/decubitus
 - roosvorming (pityriasis capitis)
- zorg van te voren dat alle benodigdheden aanwezig zijn
- ga regelmatig na hoe het gaat met de zorgvrager
- wees bedacht op mogelijke duizeligheid als reactie op de interventie

Rapportage

- veranderingen in de hoofdhuid- en haaraspecten
- hoe de zorgvrager zegt zich te voelen
- de lichamelijke gezondheidstoestand

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.12 Hulp bieden met mondverzorging

Mondverzorging is niet alleen belangrijk voor een gezonde uitstraling, maar ook voor de rest van de spijsvertering. Wanneer zorgvragers cognitief of lichamelijk te zwak zijn om zelfstandig de mondverzorging uit te voeren, ondersteun je deze of neem je deze over. Hierbij moet wel de zelfstandigheid van de zorgvrager gestimuleerd en gerespecteerd worden.



Afbeelding 1.12 Mondverzorging

1.12.1 Enkele indicaties

- een cognitief of lichamelijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma
- verlichting van de mantelzorg
- vrijmaken van tandplaque en voedselresten, voorkomen van tandbederf
- voorkomen van paradontitis
- ter bevordering van de eetlust (frisse smaak in de mond)

1.12.2 Enkele contra-indicaties

- de zorgvrager weigert deze verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat deze interventie niet toe
- wanneer een behandeling, het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat
- een zorgvrager met slikproblemen
- ontstoken mondslijmvlies, parodontitis, aanwezigheid van aften

1.12.3 Wat heb ik nodig?

Bij het ondersteunen bij mondverzorging heb je een passende tandenborstel nodig waarmee je ook de achterste kiezen kunt bereiken en tandpasta. Daarnaast een bekken, een glas water en handdoek, disposable handschoenen, eventueel tandflos en/of mondspoelmiddel.

Wanneer de zorgvrager een prothese draagt, heb je een gebitsbakje nodig, speciale tandpasta en een tandenborstel voor protheses.

Bij zorgvragers met een handicap kan via de ergotherapie om hulpmiddelen worden gevraagd.

1.12.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch, zodat je alle tanden en kiezen poetst
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager

- stimuleer de zelfzorg van de zorgvrager en laat hem/haar zo veel mogelijk zelf doen tijdens het poetsen
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager

Acties

- gebruik een tandenborstel met een afmeting die past bij de mond van de cliënt: controleer dit van te voren.
- poets de tanden volgens een vast schema, waarbij je alle vlakken meeneemt.
- poets ook de tong: door achterblijvende bacteriën kan een onaangename geur ontstaan
- informeer of de zorgvrager een schoon gevoel heeft, wanneer hij/zij met de tong langs de tanden gaat

Rapportage

Rapporteer over de toestand van het gebit en eventuele losse elementen.

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.13 Hulp bieden met oogverzorging

Wanneer de zorgvrager comateus is, is oogverzorging belangrijk omdat hij/zij zelf het vuil niet uit het oog kan verwijderen. Dit vuil kan leiden tot korstvorming en infecties. Bij een zorgvrager met een ontstoken oog, bijvoorbeeld na een oogoperatie of oogverwonding, kan zich wondafscheiding of pus in en om het oog bevinden. Dit moet zorgvuldig verzorgd worden. Omdat het gebied in en rondom het oog vochtig en warm is en de kans op inwrijven van vuil groot, moet je dit regelmatig controleren en zo nodig reinigen.



Afbeelding 1.13 Oogverzorging

1.13.1 Enkele indicaties

- een cognitief of lichamelijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma
- vrijmaken van korstjes, wondvocht en pus
- voorkomen van infectie en irritatie

1.13.2 Enkele contra-indicaties

- de zorgvrager weigert deze verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat deze interventie niet toe
- wanneer een behandeling, het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat

1.13.3 Wat heb ik nodig?

Vezelvrije gazen, een fysiologische zoutoplossing of gekookt water en disposable handschoenen bij een ooginfectie. Een washandjes is voldoende voor de normale reiniging tijdens de wasbeurt. Een afvalbakje/-zakje voor de vuile gazen.

1.13.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager
- stimuleer het gevoel van eigenwaarde

Acties

- Reinig het oog altijd van buiten naar binnen: naar de traanbuis/neus toe.
- Wanneer je het gezicht reinigt tijdens de wasbeurt, begin dan met de ogen en doe geen zeep op de washand.
- Gebruik disposable handschoenen bij het reinigen van het oog bij een ooginfectie. Wanneer je gazen gebruikt, dan één gaas per veeg.
- Reinig het oog vaker als je afscheiding/pus ziet, hiermee voorkom je korstvorming, wat pijnlijk kan zijn. Korstjes kun je losweken door een gaasje, gedrenkt in fysiologische oplossing, 5 minuten op het oog laten liggen; daarna met een schoon gaasje het vuil en vocht deppend opnemen.
- Draag zorg voor schone handen en korte nagels bij de zorgvrager om te voorkomen dat hij/zij zichzelf infecteert wanneer hi/zij in de ogen wrijft (bij vermoeidheid, jeuk of prikkeling).
- Schakel een arts in wanneer de infectie zich uit lijkt te breiden of niet binnen twee dagen over is.

Rapportage

Rapporteer over het verloop van de infectie.

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.14 Hulp bieden bij bril, contactlenzen of oogprothese verzorgen

De brildragende zorgvrager heeft een schone bril nodig bij de dagelijkse bezigheden. Wees je ervan bewust dat wanneer de zorgvrager in een slechte lichamelijke of geestelijke conditie is, hij/zij hier wellicht niet zelf om vraagt. Een bril wordt persoonlijk afgesteld op de bij- of verziende brildrager. Het is dan ook belangrijk dat de eigen bril gebruikt wordt. Dementerenden en/of andere verwarde zorgvragers zijn zich hier mogelijk zelf niet van bewust, wat tot vergissingen kan leiden. Zorgvragers met een ooginfectie of die contactlenzen dragen, hebben verzorging nodig van het oog. Bij een oogprothese, ook wel 'kunstoog', kan er sprake zijn van afscheiding. Het gebied rondom de oogkas vraagt dan specifieke reiniging en observatie.



Afbeelding 1.14 Oogprotheseverzorging

1.14.1 Enkele indicaties

- dragen van een oogprothese
- dragen van contactlenzen
- een cognitief of lichamelijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma
- vrijmaken van korstjes, wondvocht en pus
- voorkomen van infectie en irritatie

1.14.2 Enkele contra-indicaties

- de zorgvrager weigert deze verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat deze interventie niet toe
- wanneer een behandeling, het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat

1.14.3 Wat heb ik nodig?

Wanneer contactlenzen worden gedragen heb je speciale, op de contactlens afgestelde, reinigingsvloeistof nodig. Voor het reinigen van de oogkas en oogprothese heb je speciale reinigingsvloeistof nodig of een fysiologische zoutoplossing.

1.14.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager
- stimuleer het gevoel van eigenwaarde

Acties

- specifiek bij contactlenzen:
 - gebruik het met fysiologisch zout bevochtigde zuignapje voor het verwijderen van de contactlens
 - deponeer de juiste lens in het juiste opbergbakje (houd linker en rechter lens gescheiden)
- specifiek bij oogprothese:
 - gebruik het met fysiologisch zout bevochtigde zuignapje voor het verwijderen van de contactlens
 - deponeer de juiste prothese in het juiste opbergbakje (houd linker en rechter prothese gescheiden)
 - informeer nadrukkelijk of de zorgvrager het gevoel heeft dat de prothese juist zit na terugplaatsen van de prothese

Rapportage

Vermeld in het zorgdossier dat de zorgvrager een oogprothese draagt.

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.15 Hulp bieden bij verzorgen van oor en gehoorapparaat

De slechthorende zorgvrager is afhankelijk van het goed functioneren en plaatsen van zijn gehoorapparaat. Wees je ervan bewust dat wanneer de zorgvrager in een slechte lichamelijke of geestelijke conditie is, hij/zij hier wellicht niet zelf om vraagt of kan vragen. Een gehoorapparaat wordt op maat gegoten en afgesteld op zorgvrager. De gehoorgang is een kwetsbaar en slecht genezend gebied, wees hier dus voorzichtig mee. Dementerenden en/of andere verwarde zorgvragers zijn zich hier mogelijk zelf niet van bewust, wat tot vergissingen en verwondingen kan leiden.

1.15.1 Enkele indicaties

- dragen van een gehoorapparaat
- een cognitief of lichamelijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma



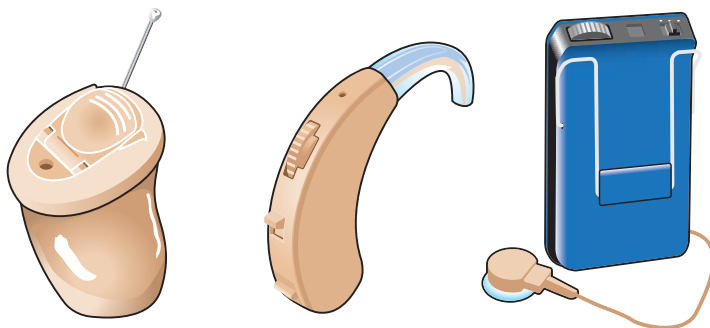
Afbeelding 1.15 Zorgvrager met gehoorapparaat

1.15.2 Enkele contra-indicaties

- de zorgvrager weigert deze verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat deze interventie niet toe
- wanneer een behandeling, het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat

1.15.3 Wat heb ik nodig?

Voor het reinigen van de oorschelp heb je een washandje, handdoek, lauwwarm water en eventueel een waskom nodig. Voor het reinigen van de gehoorgang watjes, gedrenkt in lauwwarm water en, bij hardnekkig vuil, oordruppels op oliebasis. Voor de verzorging van het gehoorapparaat heb je wattenstaafjes en een reinigingsvloeistof nodig, eventueel nieuwe batterijen. Gebruik disposable handschoenen om jezelf te beschermen.



Afbeelding 1.16 Gehoortoestellen

1.15.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager
- stimuleer het gevoel van eigenwaarde

Acties

- Reinig het oor voor je het gehoorapparaat terugplaatst. Gebruik een opgerold propje watten met wat lauwwarm water. De gehoorgang mag beslist niet met een wattenstaafje worden gereinigd omdat je dan grote kans loopt het oorsmeer/prop verder de gehoorgang in te duwen of zelfs, wanneer je deze diep inbrengt, het trommelvlies kan raken wat erg pijnlijk kan zijn.
- Het gehoorapparaat moet minimaal twee keer per week worden gereinigd.
- Controleer na plaatsing of de zorgvrager je hoort.
- Controleer de batterij(en) regelmatig, enkele keren per week.
- Controleer de oorschelp op irritatie.

Rapportage

- rapporteer wat je observeert aan het oor en de gehoorgang
- vermeld het dragen van een gehoorapparaat in het zorgdossier
- vermeld wanneer je de batterij hebt vervangen

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.16 Gezicht scheren

Wanneer een man zich dagelijks scheert en hier door een zelfzorgtekort niet toe in staat is, neemt de zorgverlener die zorg over. Als een zorgvrager gewend was zich met een mesje te scheren, bedenk dan of jij deze zorg over kan nemen. Met een mes scheren vraagt een bekwaamheid die arbeidsintensief is en het risico op huidbeschadiging met zich meebrengt. Vraag de zorgvrager eventueel om een elektrisch scheerapparaat. Bij vrouwen, vooral op latere leeftijd, kunnen gezichtshaartjes stugger, donkerder en talrijker worden. Soms kiest een vrouw voor epilieren, soms ook voor het scheren.

1.16.1 Enkele indicaties

- de zorgvrager wil graag geschoren worden
- (overmatige) (gezichts)beharig bij een zorgvrager
- een cognitief of lichamelijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma

1.16.2 Enkele contra-indicaties

- cultuursensitieve redenen (sommige culturen verbieden lichamelijk contact)
- de zorgvrager weigert persoonlijke verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat geen verzorgende interventie toe
- wanneer het protocol van een ingreep of onderzoek dit niet toelaat



Afbeelding 1.17 Gezicht scheren

1.16.3 Wat heb ik nodig?

Voor het scheren van een baard of overmatige gezichtsbehaarung heb je een elektrisch scheerapparaat nodig of, bij nat scheren, scheermesjes en scheerzeep, warm water in een klein wasbekken en een handdoek. Mannen gebruiken soms een aftershave, dit geeft een verzorgd en fris gevoel. Vrouwen die hun gezicht scheren gebruiken een verzorgende huidcrème en meestal geen aftershave.

Tijdens het scheren draag je disposable handschoenen.

1.16.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de (vrouwelijke) zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager
- stimuleer het gevoel van eigenwaarde

Acties

- plaats de zorgvrager in een comfortabele houding voor de scheerbeurt
- elektrisch scheren: gebruik een goed werkend, schoon scheerapparaat

- nat scheren
 - controleer voor de scheerbeurt de huid op oneffenheden, wratjes en moedervlekjes en houd hier rekening mee tijdens de scheerbeurt
 - gebruik een scherp mes
 - was de gezichtshuid lauwwarm, om de haartjes wat soepeler te maken
 - zeep de gezichtshuid in
 - bescherm de (boven)kleding van de zorgvrager met een handdoek
 - controleer na de scheerbeurt op wondjes
- gebruik na het scheren desgewenst een aftershaveproduct of crème

Rapportage

Rapporteer eventuele wondjes of afwijkende huidaspecten.

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.17 Hulp bieden bij nagelverzorging

Wanneer je jeuk hebt, is het een natuurlijke reactie om te gaan krabben. Dit doe je met je nagels, om het gevoel van jeuk te overstemmen met (lichte) pijnsignalen. Hierbij kan je de huid openhalen en wondjes doen ontstaan. Nagels kunnen, wanneer zij niet juist worden verzorgd, een bron van infectie zijn. Afgebrokkelde nagellak en bramen aan de nagels vergroten het oppervlak waardoor zich meer bacteriën kunnen hechten. Omdat deze bacteriën zich dan in een barst, kloof of groef bevinden, zijn ze niet gemakkelijk te verwijderen.

Het is dan ook zaak de nagels kort te houden, afgebrokkelde nagellak te verwijderen en bramen te voorkomen.

Bij zorgvragers die lijden aan diabetes mellitus of een vaatziekte worden de teennagels verzorgd door een gespecialiseerde pedicure.



Afbeelding 1.18 Nagelverzorging

1.17.1 Enkele indicaties

Een cognitief of lichamenlijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma.

1.17.2 Enkele contra-indicaties

- de zorgvrager weigert deze verzorging
- de gezondheidstoestand van de zorgvrager laat deze interventie niet toe

1.17.3 Wat heb ik nodig?

Voor het verzorgen van de nagels heb je een nagelschaar, een nageltang, nagelvijl, eventueel een nagelverzorgingsproducten en een celstofmatje voor het opvangen van de resten afgeknipte en afgevijlde nagel nodig. Van tevoren kun je de nagels het beste even weken in een bakje lauwwarm water en schoonmaken met een nagelborstel en zeep. Ook neem je een huiddesinfecterend middel mee, om eventuele beschadigingen mee te behandelen.

Consulteer een pedicure wanneer de zorgvrager kalknagels aan de tenen heeft.

1.17.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager
- stimuleer het gevoel van eigenwaarde

Acties

- informeer hoe de zorgvrager de vingernagels geknipt/gevijld wil hebben (rond of recht)
- teennagels moeten in rechte vorm worden afgeknipt/gevijld, om ingroei te voorkomen
- gebruik schone materialen en reinig zo mogelijk de gebruikte materialen met een alcoholoplossing
- gebruik een verzorgende nagel, hand- of voetencreme na de handeling

Rapportage

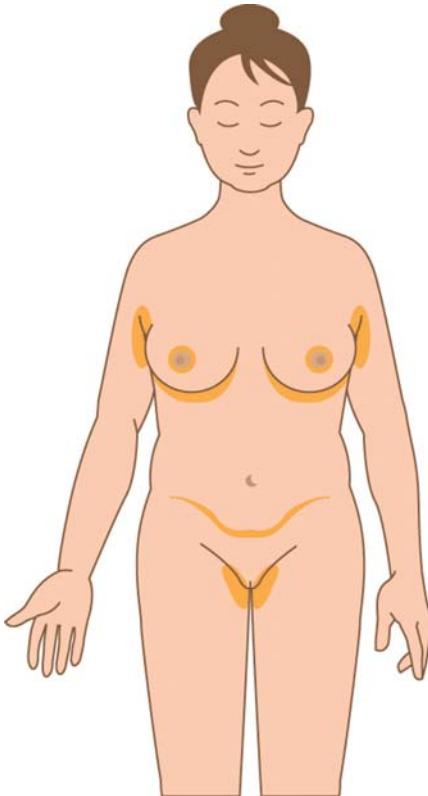
Rapporteer nagelaspecten als ingroei, beschadiging en opvallende veranderingen.

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.18 Preventieve maatregelen nemen tegen smetten (intertrigo)

Bij zorgvragers die weinig mobiel zijn, maar ook bij warm weer en het dragen van synthetische kleding of bij obese zorgvragers, kunnen rode en gevoelige plekken ontstaan in huidplooiën als liezen, bilnaad, buikplooiën, onder de borsten, in de knieholte of tussen de tenen. Deze smetplekken kunnen erg gevoelig en pijnlijk zijn. Bovendien zijn zij een bron van bacteriële of schimmelinfecties.



Afbeelding 1.19 Smetplekken op de huid

1.18.1 Enkele indicaties

- verhoogd risico op intertrigo/behoorend tot de risicogroep
 - immobiliteit
 - obesitas
 - koorts
 - neurologische aandoening
 - diabetes mellitus
 - warme omgeving in combinatie met synthetische kleding en weinig ventilatiemogelijkheden
- een cognitief of lichamelijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma

1.19 Preventieve maatregelen nemen tegen decubitus

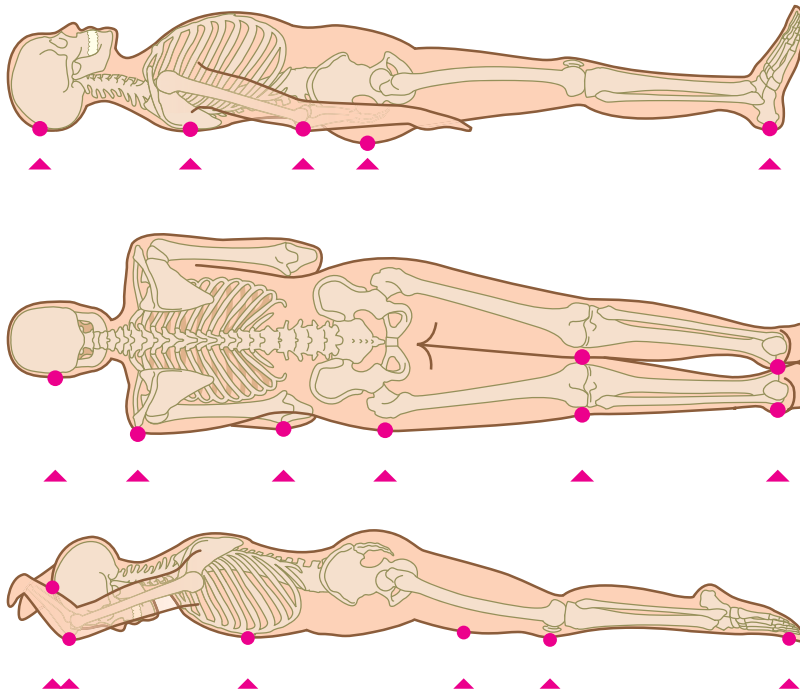
Bij de persoonlijke verzorging van de zorgvrager is het jouw taak de huid te observeren op het voorkomen van o.a. onregelmatigheden, wondjes, smetplekken of drukplekken.

Drukplekken kunnen binnen korte tijd (binnen twee uur) ontstaan en leiden tot grote weefselschade, die lange tijd nodig heeft om weer te herstellen.

Het is dan ook belangrijk een risico-inschatting van de kans op decubitus te maken bij iedere zorgvrager.

1.19.1 Enkele indicaties

- verhoogd risico op decubitus/ behorend tot de risicogroep
 - immobiliteit
 - ouderen
 - traumapatiënt
 - neurologische patiënt
 - obese patiënt
 - chronisch zieke
- een cognitief of lichamelijk zelfzorgtekort zoals een verstandelijke beperking of coma



Afbeelding 1.20 Drukplekken decubitus

1.19.2 Enkele contra-indicaties

Geen.

1.19.3 Wat heb ik nodig?

Om de kans op decubitus in te kunnen schatten, maak je een risicoanalyse, waarvoor je de richtlijn hanteert. De meest bekende risicoscorelijsten voor decubitus in Nederland zijn de Bradenschaal, de Nortonschaal en de Waterlowschaal.

Om decubitus te voorkomen heb je een goed drukreducerend matras of zitkussen nodig.

1.19.4 Specifieke aandachtspunten

Attitude

- werk systematisch
- houd rekening met eventuele schaamtegevoelens van de zorgvrager
- houd rekening met de wensen, gebruiken en gewoonten van de zorgvrager
- stel je zorg af op de conditie van de zorgvrager
- stimuleer zijn gevoel van eigenwaarde

Acties

- Maak een inschatting van de kans het ontstaan van decubitus.
- Beoordeel de huid en het subcutane weefsel op roodheid, warmte, verharding en oedeem.
- Neem een pijnanamnese af.
- Screen en beoordeel de voedingstoestand en voedingsbehoefte van de zorgvrager volgens een gevalideerd meetinstrument zoals bijvoorbeeld SNAQRC of SNAC65+. Adviseer een volwaardige voeding met een verhoogd eiwitgehalte en voldoende vocht.
- Pas zo mogelijk wisselhouding/ligging toe bij een verhoogd risico op decubitus:
 - voorkom schuiven in bed
 - stimuleer de zorgvrager tot bewegen/mobiliteit
- Gebruik drukreducerend materiaal bij immobiliteit.
- Bij het bed opmaken er op letten het onderlaken strak en ploovrij over het matras in te stoppen.
- Adviseer gemakkelijk vochtopnemend beddengoed en kleding (niet synthetisch en ruim vallend), verschoon kleding regelmatig.
- Verzorg de huid met vet- en vochtinbrengende crème.
- Stel je op de hoogte van de vier categorieën waarin decubitus voor kan komen en observeer de zorgvrager hierop (zie paragraaf 9.4 van het boek Verpleegtechnische Vaardigheden).

Rapportage

Rapporteer aspecten van de huid: kleur, geur, verweking, ontvelling, oppervlakte en plaats van de decubitus en eventuele categorie.

Evaluatie

Ga na hoe de zorgvrager de handeling heeft beleefd en of de vooraf gestelde doelen bereikt zijn.

1.20 Verwijzingen

Bij 1.3

www.arbocatalogusvvt.nl/public/file/Praktijkrichtlijnenzorgverleners.pdf

Bij 1.2.4

www.wip.nl

Bij 1.4.4

www.vilans.nl