

50 Aanvulling EHBO en verpleegtechnische vaardigheden

1.1 Inleiding

Deze tekst is een aanvulling op het boek 'Maatschappelijke zorg; saw 3'. De aanvulling gaat over EHBO en verpleegtechnische vaardigheden. Twee onderwerpen die niet altijd te scheiden zijn. Zo kun je zwachteltechnieken nodig hebben voor zowel EHBO als in je dagelijkse werk bij ondersteunen van cliënten.

De inhoud van dit thema:

- 1.2 Zwachtels gebruiken
- 1.3 Ondersteunen bij mobiliteit
- 1.4 Insuline toedienen met een prikpen
- 1.5 Eerste hulp bij verslikken
- 1.6 De Rautek-greep
- 1.7 Reanimeren
- 1.8 Een stoma verzorgen
- 1.9 Verzorgen van een blaaskatheter
- 1.10 Verzorgen van sondevoeding

1

De uitleg moet je zien als een algemene kennismaking voor SAW'ers in hetagogisch werkveld. In een algemeen ziekenhuis zijn de protocollen meestal uitgebreider en worden soms ook andere hulpmiddelen gebruikt. Ook in hetagogisch werkveld kunnen de protocollen en materialen onderling verschillen. Ga daarom bij de instelling waar je werkt altijd na wat daar de geldende protocollen voor de vaardigheden en handelingen zijn.

Algemene uitgangspunten voor verpleegtechnische handelingen

Voor veel verpleegtechnische handelingen gelden uitgangspunten die voor al die handelingen hetzelfde zijn. Die zullen we niet bij elke handeling herhalen. Denk aan:

- stel je van tevoren op de hoogte van het instellingsprotocol of instructie voor de handeling;
- zorg voor privacy: verricht persoonsgebonden handelingen niet in aanwezigheid van andere cliënten, bezoekers enzovoort;
- informeer de cliënt vooraf altijd wat je gaat doen en waarom;
- was je handen van tevoren en als je klaar bent;
- zet alles wat je nodig hebt van tevoren klaar en ruim het na afloop weer op;
- breng de cliënt na de handeling zo nodig terug naar waar hij daarvoor was;
- rapporteer bijzonderheden.

Aandachtspunten bij alle verpleegtechnische handelingen:

- stel je op de hoogte van het instellingsprotocol
- zorg voor privacy
- informeer de cliënt
- zet alles van tevoren klaar
- was je handen voor en na de handeling
- ruim alles daarna direct weer op
- breng de cliënt zo nodig terug
- rapporteer eventuele bijzonderheden

2

Bevoegd en bekwaam

Voor alle handelingen die hierna aan bod komen geldt dat je als SAW'er bevoegd bent om die handelingen uit te voeren, mits je ze hebt geleerd en geoefend. Maar bevoegd zijn, wil nog niet zeggen dat je ook bekwaam bent. Bekwaam wil zeggen dat je voldoende vaardigheid hebt om de handeling uit te voeren. Het kan zijn dat je een bepaalde handeling lange tijd niet hebt uitgevoerd waardoor je de vaardigheid (bekwaamheid) verliest. Voer in zo'n geval de handeling niet zelfstandig uit. Vraag een collega die wel bekwaam is om het te doen of je te helpen.

Weet dat je zelf verantwoordelijk bent en het recht hebt om te bepalen of je voldoende bekwaam bent. Je hebt het recht te weigeren een handeling uit te voeren als je jezelf onvoldoende bekwaam vindt. Een leidinggevende of collega mag je dan niet dwingen de handeling toch uit te voeren.

1.2 Zwachtels gebruiken

De twee meest voorkomende redenen om een zwachtel te gebruiken zijn:

- wondverband
- drukverband

Wondverband

Voor het verbinden van een wond worden hydrofiele zwachtels gebruikt. Die hebben een gaasstructuur en nemen bloed en wondvocht op. Voordat je de zwachtel aanbrengt, dek je de wond af met een steriel gaasje in een formaat dat de wond voldoende afdekt. Als de wond nog veel bloed en vocht afgeeft, breng je op het steriele gaas ook nog witte of synthetische watten aan. Zorg dat bij het zwachtelen de watten volledig worden afgedekt door de zwachtel. Dit voorkomt lekken.

Drukverband

Een drukverband wordt gebruikt bij kneuzingen om zwellingen en onderhuidse bloedingen tegen te gaan of om bij lichtere kneuzingen steun te geven. Bij zwellingen en onderhuidse bloedingen gebruik je ook synthetische watten. Wikkel deze watten eerst om het gekwetste lichaamsdeel voordat je de zwachtel aanbrengt. In tegenstelling tot bij wondverbanden laat je bij drukverbanden de synthetische watten een klein beetje onder de zwachtel uitsteken. Dit voorkomt dat de zwachtel afknelt en striemen veroorzaakt. Als de zwachtel alleen maar tot steun hoeft te dienen, zijn geen watten nodig.

Voor druk- en steunverbanden gebruik je de zogenoemde ideaalzwachtel. Het materiaal is uiteraard veel steviger dan de hydrofiele zwachtel. Voor het zwachtelen van gewrichten kun je het beste een elastische zwachtel gebruiken.

1.2.1 Benodigheden en zwachteltechniek

Voor zwachtels aanbrengen zet/leg je klaar:

- een prullenbak of bekkentje om het verband dat je verwijdert weg te gooien
- een zwachtel in de juiste maat (meestal 6 of 8 cm breed)
- zo nodig witte of synthetische watten
- een schaar
- kleefpleister
- bij wondverband ook spullen om de wond te reinigen en desinfecteren (wegwerphandschoenen, wattendeppers, bekkentje, desinfectans) en steriel gaas

3

Bij de meeste ideaalzwachtels zitten klemmetjes (elastiekje met 2 metalen klemmetjes) om de zwachtel vast te zetten als je klaar bent. Die kun je beter niet gebruiken. De metalen klemmetjes zijn erg scherp en kunnen makkelijk de huid beschadigen. Beter is het om de zwachtel met gewoon kleefpleister vast te zetten.

Voor het verwijderen van hydrofiele zwachtels gebruik je een speciale verbandschaar. Zo'n schaar heeft aan één bek een stompe punt waardoor je niet per ongeluk in de huid kunt steken. Ideaalzwachtels kun je verwijderen door ze gewoon weer af te rollen. De schaar heb je ook nodig om een zwachtel af te knippen als hij te lang is en om kleefpleister af te knippen.

Zwachteltechniek

Of je een wondverband of een drukverband aanbrengt, de zwachteltechniek is in principe hetzelfde. De basistechniek:

- rol de zwachtel een klein stukje af; houd het afgeronde eind in je ene hand en de rol tegelijkertijd in de andere hand zodanig dat je als ware in de binnenkant van de rol kunt kijken
- breng het begin van de zwachtel aan bij het betreffende lichaamsdeel
- begin (en eindig) met twee circulaire windingen: de tweede winding overlapt de eerste volledig
- maak daarna windingen die elkaar voor ongeveer tweederde overlappen net zolang tot het betreffende lichaamsdeel ruim bedekt is met de zwachtel; dit worden spiraalwindingen genoemd
- werk van buiten naar binnen of van onder naar boven; in elk geval altijd in de richting van het hart.

Hoe strak een zwachtel precies moet zitten, kun je niet uit een boek lezen. Het is een kwestie van oefenen. Een zwachtel die te strak zit, knelt de bloeddoorstroming af en zit ook voor de cliënt niet prettig. Een zwachtel die te los zit, zakt af en verliest zijn werking.

Goed zwachtelen is een kunst. Met de techniek die we hier uitleggen kun je de meest gangbare zwachtels aanbrengen. Er zijn ook andere, moeilijkere, technieken zoals bijvoorbeeld de recurrente (heen-en-terug) windingen. Die gebruik je voor een onderarm bij iemand die een erg taps toelopende arm heeft. Je krijgt dan een visgraatpatroon. En ook bijvoorbeeld de achtvormige windingen die je gebruikt om iemands hoofd te verbinden. We staan daar verder niet bij stil omdat je daar in de praktijk weinig mee te maken zult krijgen.

1.2.2 Zwachtels bij verschillende lichaamsdelen

In het agogisch werkveld zul je het meest te maken krijgen met zwachtelen van onderarm, hand en onderbeen en van gewrichten als knie, elleboog en enkel. Afgezien van wondverbanden zul je het meest gebruik maken van de gewone of elastische ideaalzwachtel.

Zwachtelen van de hand

Bij het zwachtelen van de hand begin je met twee circulaire windingen schuin over de hand tussen duim en wijsvinger door. Daarna ga je met spiraalwindingen eerst over de middenhand en vervolgens naar beneden tot op de pols. Je eindigt op de pols met twee circulaire windingen. Tot slot knip je de zwachtel af als je niet alles hebt gebruikt en zet je hem vast met kleefpleister.



1. Het handverband begin je met twee circulaire windingen dwars over de hand



2. Het handverband als het klaar is

Zwachtelen van arm en been

Bij het zwachtelen van een onder- of bovenarm begin je met twee circulaire windingen onderaan het lichaamsdeel. Daarna werk je met spiraalwindingen naar boven in de richting van het hart. De techniek voor beenzwachtels is hetzelfde.



3. Een verband van de onderarm begin je met twee circulaire windingen net boven de pols



4. Het verband van de onderarm als het klaar is

Zwachtelen van knie en elleboog

Een zwachtel om een gewricht breng je niet aan met een gestrekt gewricht. Dan zit het verband veel te strak als het gewricht later buigt. Het beste gaat het als de cliënt het gewricht buigt in een hoek van 90 tot 120 graden. De techniek voor het zwachtelen van de knie is hetzelfde bij de elleboog. Je begint met twee circulaire windingen midden over het gewricht. Daarna ga je naar het deel onder het gewricht en vervolgens met spiraalwindingen tot boven het gewricht. Je eindigt weer met twee circulaire windingen en zet de zwachtel met kleefpleister vast.

Het is niet altijd makkelijk om een verband om een gewricht mooi strak aan te leggen. Zeker niet als je een iets te brede zwachtel gebruikt. Probeer niet om het geforceerd mooi strak aan te leggen, omdat de kans dan groot is dat het verband te strak zit.



5. Een verband om een gewricht begin je met twee circulaire windingen over het midden van het gewricht



6. Het knieverband als het klaar is

Zwachtelen van de enkel

Voor het zwachtelen van de enkel zijn er twee mogelijkheden: de hiel vrij houden en de hiel meezwachtelen. Het vrij houden van de hiel is comfortabeler voor de cliënt. Dat kan natuurlijk niet als de hiel zelf gekwetst is. Als de hiel ook meegezwachteld moet worden, is de techniek hetzelfde als bij de knie en de elleboog. Als de hiel vrij gehouden mag worden, begin je met twee circulaire windingen over de middenvoet. Daarna werk je met spiraalwindingen tot boven de enkel, waarbij je de hiel vrij houdt. Je eindigt dan weer met twee circulaire windingen boven de enkel en zet het verband vast met kleefpleister.



7. Het enkelverband waarbij de hiel vrij mag blijven begin je met twee circulaire windingen over de middenvoet



8. Het enkelverband als het klaar is

1.3 Ondersteunen bij mobiliteit

Het ondersteunen van mobiliteit varieert van lichte ondersteuning bij het lopen tot rijden met een rolstoel. Hierna lees je over:

- ondersteunen bij lopen
- lopen met krukken
- lopen met een rollator
- de rolstoel

1.3.1 Ondersteunen bij lopen

De meest eenvoudige ondersteuning bij lopen is elkaar een arm geven. Deze ondersteuning is alleen geschikt als een cliënt wel zelf kan lopen, maar onzeker is. Je ziet nogal eens dat een cliënt gevallen is en daarna een tijd onzeker wordt bij het lopen. Dan helpt het prima elkaar een arm te geven. Ook bij lichte evenwichtsstoornissen is het effectief. Het is echter geen geschikte manier van ondersteunen als een cliënt echt risico's loopt om te vallen. De ingehaakte arm is dan niet voldoende om de cliënt goed op te vangen als hij echt valt.

Bij de tweede manier hou je met één hand de cliënt bij een onderarm/pols vast, terwijl je met je andere hand de cliënt achter de rug om vast houdt bij de heup. Je hebt dan iets meer controle met bijsturen en tegenhouden als de cliënt dreigt te vallen. Deze manier is geschikt voor verplaatsing over korte afstanden. Je kunt het ook gebruiken bij loopoefeningen binnen en buiten.



9. Ondersteunen door een arm vast te houden en met de andere hand de cliënt langs de rug bij de heup vast te houden

Bij de derde manier leg je een arm achter de rug van de cliënt en vraag je de cliënt bij jou hetzelfde te doen. Vervolgens hou je met je hand de pols van de cliënt vast. Ook bij deze manier heb je goede controle over bijsturen en tegenhouden. Bij deze manier heeft de cliënt zelf meer controle, omdat hij zich zelf aan jou kan vasthouden als hij dreigt te vallen.



10 en 11. Ondersteunen door bij elkaar een arm over de rug te doen en de pols van de cliënt vast te houden

1.3.2 Lopen met krukken

Een cliënt krijgt krukken als hij tijdelijk een been, knie of voet moet ontlasten bij het lopen. Het gebruik van krukken werkt uiteraard alleen goed als een cliënt normaal gesproken redelijk tot goed kan lopen. In principe is het mogelijk om met één kruk te lopen. Meestal worden echter twee krukken gebruikt. De belangrijkste onderdelen van een kruk zijn (zie afbeelding 12):

- de manchet; waar de arm in kan steunen
- een handvat om de kruk vast te houden
- verstelbare buis.

Het afstellen van de kruk

Het is belangrijk dat de krukken goed worden afgesteld op maat van het lichaam van de cliënt. Dit doe je als volgt:

- vraag de cliënt goed rechtop te staan met een kruk in de hand en recht naar beneden wijzend op de grond
- verstel nu de onderste buis van de kruk op een zodanige manier dat de arm bijna gestrekt is als de cliënt het handvat vast houdt
- verstel nu de armmanchet zodanig dat die net (ca. 5 cm) onder de elleboog komt.



12. Een goed afgestelde kruk

Lopen met krukken

Een kruk vervangt het gekwetste been. Iemand die normaal goed kan lopen en goede armspieren heeft, kan met een kruk ook sneller lopen en grotere “passen” nemen. Iemand die minder goed kan lopen, zal met een kruk kortere passen moeten nemen. Ofwel: de beide krukken niet te ver voor zich neerzetten.

Het principe van lopen met krukken:

- start: beide krukken en benen op één lijn naast elkaar, het gekwetste been raakt de grond niet
- zet beide krukken tegelijk op één lijn een stukje vooruit
- zet druk op de handvaten en til jezelf als het ware een beetje op
- verplaats tegelijkertijd het gezonde been een stukje voorbij de krukken; sleep het gekwetste been mee zonder de grond te raken
- verplaats de krukken weer een stukje voorbij de benen
- verplaats het gezonde been weer voorbij de krukken
- enzovoort.



13, 14 en 15. Lopen met krukken: start met krukken en benen in één lijn, krukken naar voren plaatsen, licht opduwen en benen voor de krukken plaatsen

1.3.3 Lopen met een rollator

Cliënten krijgen bij de aflevering van de rollator een goede gebruiksinstructie van de leverancier. Vaak zie je echter dat het juiste gebruik na een tijdje verwatert. De meest voorkomende fout die erin sluipt, is dat cliënten de rollator gaan duwen als een boodschappenwagentje in de supermarkt. Het is dus zaak dat je goed observeert hoe cliënten de rollator gebruiken. Adviseer cliënten over het juiste gebruik als ze het niet goed doen.

Afstellen van de rollator

Net als bij krukken moet de rollator op het lichaam van de cliënt worden afgesteld. De buizen met het handvat kun je daarom verstellen. De juiste manier van afstellen:

- laat de cliënt rechtop tussen de handvaten gaan staan met de armen ontspannen langs het lichaam
- stel nu met behulp van de buis het handvat (en dus niet de handrem) zo in dat het op de hoogte van de pols komt.



16. Een juist afgestelde rollator

Remmen en inklappen

Niet elke rollator is hetzelfde uitgevoerd. De meeste rollators hebben echter loopremmen (knijprem bij het handvat) en parkeerremmen. De parkeerrem wordt gebruikt als een cliënt op de rollator wil gaan zitten of als de rollator om een andere reden niet mag weggrijpen. Soms werkt de parkeerrem op beide wielen, soms is er voor elk wiel een parkeerrem. Zorg dat altijd beide wielen geblokkeerd zijn in de parkeerstand.

Een rollator kan ingeklapt worden. Dat is handig om ruimte te besparen. Maar let op: als de rollator weer uitgeklappt wordt, moet de rollator goed vastklikken in de uitgeklapte stand. Ouderen horen die klik vaak niet goed en denken dan dat de rollator al goed vast zit in de uitgeklapte stand. Als dat niet zo is, kun je wel raden wat er gebeurt.

Onderhoud van de rollator

Een rollator moet door de leverancier of een technische dienst regelmatig (minstens een keer per jaar) worden onderhouden. Belangrijkste controlepunten:

- de bandenspanning; niet te hard, maar ook niet te zacht
- soepel lopen van de wielen; reinigen en smeren
- remkabels; remfunctie moet goed werken zonder heel veel kracht te moeten zetten.

Lopen met de rollator

Een rollator is een loophulp en geen boodschappenwagen. De cliënt moet rechtop, tussen of ietsje achter de handvaten lopen en erop steunen. Als een cliënt de rug teveel kromt, is de kans groter dat de rollator te ver vooruit geduwd wordt. Dit is gevaarlijk bij stoepranden en andere oneffenheden in de weg.

Het passeren van stoepranden en drempels is trouwens lastig. De cliënt moet de voorste wielen tegelijk en voorzichtig tegen de rand plaatsen, de remmen inknijpen en dan de rollator iets achterover kantelen waardoor de wielen op stoephoogte komen. Daarna de rollator naar voren bewegen en de achterste wielen over de rand “helpen”. Als een cliënt een stoeprand rijdend wil nemen, slaan de voorste wielen vast tegen de stoeprand en kan de cliënt vallen. Als een cliënt een hindernis met één wiel tegelijk neemt, kantelt de rollator en valt de cliënt ook.



17. De juiste manier van lopen met een rollator



18. Zo moet het dus niet. De duwafstand is hier te groot

1.3.4 De rolstoel

Iedereen weet wel wat een rolstoel is, maar ermee omgaan is wat anders. We beginnen met de belangrijkste onderdelen van de rolstoel. Die zie je in afbeelding 19:

- inklapbare voetensteunen
- inklapbare beensteunen (niet bij alle rolstoelen)
- metalen ring op de wielen waarmee de cliënt de rolstoel zelf kan voortbewegen
- parkeerrem met remblok op de wielen.

De voetensteunen en beensteunen zijn in hoogte verstelbaar en dus op maat van de cliënt aan te passen.

Risico's bij gebruik van een rolstoel:

- benen van de cliënt en andere mensen beschadigen door de uitstekende delen van de voetensteun
- bij een rolstoel zonder beensteunen: voet glijdt van de steun en kan klem komen te zitten tussen de steun en de grond
- geen parkeerremmen gebruiken als je iemand in de rolstoel zet: de rolstoel rijdt weg waardoor de cliënt (en jij) kan vallen
- maar één parkeerrem gebruiken: de rolstoel draait om z'n as met hetzelfde gevolg als hiervoor
- kleine onoplettendheid bij een glooiing in de weg waardoor de rolstoel langzaam gaat rijden

4



19. De rolstoel met voetensteunen, beensteunen en de parkeerrem

Opmerking bij dit laatste punt: een hele kleine glooiing in de weg of van het trottoir is genoeg om de rolstoel vanzelf te laten rijden. Dat gebeurt makkelijker dan je denkt.

Bijvoorbeeld als je met een groep cliënten wandelt waarbij jij zelf een cliënt in een rolstoel begeleidt. Het kan dan gebeuren dat je aandacht even wordt afgeleid door een collega of een andere cliënt in de groep. Zorg ervoor dat je in zo'n situatie de rolstoel altijd vast blijft houden en als dat niet lukt hem op beide wielen op de parkeerrem zet.

Onderhoud

Net als een rollator heeft ook een rolstoel regelmatig onderhoud nodig. Denk aan de bandenspanning en smering van de bewegende delen. Ook de remmen moeten regelmatig op hun werking worden gecontroleerd.

Een cliënt in of uit een rolstoel helpen

Als voorbeeld kiezen we de manier waarop je een cliënt verplaatst van een stoel in een rolstoel of omgekeerd. In verband met de kans op rugklachten moet je dat altijd met twee begeleiders doen. Daarnaast gebruik je de juiste tiltechniek om het gewicht van de cliënt te verplaatsen. Twee belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:

- til zoveel mogelijk met een rechte rug
- gebruik een vrije hand/arm om het gewicht van de cliënt te helpen opduwen met bijvoorbeeld de hulp van een stoeleuning.

Ga als volgt te werk:

- plaats de rolstoel naast de stoel en zet hem op beide wielen op de parkeerrem
- breng de beensteunen in de juiste positie
- klap de voetensteunen open

Hierna beschrijven we de stappen per begeleider, waarbij beide begeleiders tegelijk dezelfde stappen uitvoeren, de een links, de ander rechts:

- zet je voet dwars tegen de voet van de cliënt en je knie dwars tegen de knie van de cliënt. Dit voorkomt dat de cliënt wegglijdt;
- steek een arm onder de oksel van de cliënt door
- hou met de andere arm de stoeleuning vast en duw jezelf met de cliënt omhoog (dit werkt als tilhulp)
- til de cliënt met een rechte rug omhoog totdat hij of zij staat
- vaak kan de cliënt met kleine stapjes meeschuifelen in de richting van de rolstoel. Als dat niet kan, schuift de een de stoel weg en de ander zet de rolstoel op deze plaats;
- bij het plaatsen van de cliënt in de rolstoel hou je je knie weer tegen de knie van de cliënt en je voet dwars tegen de voet van de cliënt
- klap ten slotte de voetensteunen dicht en plaats de voeten van de cliënt erop.

In afbeelding 20 en 22 zie je hoe de beide verpleegkundigen hun voeten en knieën plaatsen en je ziet hoe ze tillen met een rechte rug. Je ziet ook hoe de stoelleuning gebruikt wordt als tilhulp.



20, 21 en 22. De cliënt van een stoel in een rolstoel helpen

1.4 Insuline toedienen met een prikpen

Voor de pen waarmee je insuline toedient, worden verschillende benamingen gebruikt. De meest voorkomende zijn: insulinepen, prikpen en flexpen.

Voordat we deze handeling uitleggen een paar tips en waarschuwingen:

- ga altijd eerst in je instelling na of er een protocol is voor deze handeling en of je als saw'er deze handeling mag verrichten. Een instellingsprotocol gaat altijd voor op wat wij je hier uitleggen;
- insulinepennen zijn er in soorten en maten. De werking is globaal gezien wel gelijk, maar check toch altijd eerst exact de gebruiksaanwijzing van de pen die je gaat gebruiken.

Voor het toedienen van insuline met de prikpen zet je klaar:

- de pen met daarin een ampul insuline
- deppertjes voor als er bloed vrij komt bij de prikplaats
- steriel, klein disposable (wegwerp)naaldje dat bij de pen hoort en een reserve voor als je er een laat vallen
- een naaldencontainer om de gebruikte naald weg te gooien
- wegwerp handschoenen; om bloedcontact met jezelf te voorkomen
- apparaatje om naald te verwijderen van de pen (niet bij alle pennen)

5

De naaldjes zijn klein, maar ze zijn er wel in verschillende lengtematen. Welke lengte je gebruikt, is afhankelijk van de dikte van de huid.



23. Een insulinepen



24. Overige benodigdheden die je klaar zet: naaldencontainer, naaldjes, deppers, handschoenen

De prikplaats

Insuline wordt onder de huid toegediend. In vaktermen heet dat subcutaan. Prikplaatsen zijn plaatsen waar de huid wat dikker is en je makkelijker een huidplooi kunt pakken: bovenbeen, buik, eventueel een bil.

Cliënten krijgen dagelijks insuline en niet eenmalig. Wissel daarom de prikplaatsen regelmatig af en prik niet steeds in of bij dezelfde plaats. Het is weliswaar een klein naaldje, maar als je steeds rond dezelfde plaats prikt, gaat de huid irriteren en wordt die plaats gevoelig.

Ontsmetten van de prikplaats met alcohol is niet nodig. Nog niet zolang geleden was dit wel gebruikelijk. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat het weinig effect heeft als je de alcohol niet minstens 10 seconden laat intrekken. Dat gebeurt in de praktijk weinig en daarom hebben de meeste ziekenhuizen het ontsmetten afgeschaft.

Werkwijze

- was je handen
- plaats een naaldje op de pen
- spuit de eerste 2 eenheden insuline weg om de lucht uit de pen te verwijderen
- stel de pen in op het aantal eenheden (IE) toe te dienen insuline
- laat een collega de dosering controleren
- doe wegwerphandschoenen aan
- breng met één hand de naald in een loodrechte, snelle beweging zo ver mogelijk in de huid
- druk met de andere hand de drukknop van de pen volledig in
- laat de naald 5 tellen zitten om de insuline te laten uitdruppelen
- verwijder de naald en dep eventueel de prikplaats af (niet wrijven)
- verwijder de naald van de pen en doe die in de speciale naaldencontainer
- ruim de spullen op en rapporteer eventuele bijzonderheden.



25. Toedienen van insuline in de buik

1.5 Eerste hulp bij verslikken

Bij verslikken wordt de luchtweg naar de longen volledig of gedeeltelijk afgesloten. Dit kan veroorzaakt worden door drinken, voedsel of een voorwerp. Het laatste komt vaker voor bij kinderen. Cliënten die zich verslikken en daardoor dreigen te stikken, grijpen naar hun keel.

Hoesten

De simpelste manier om de afsluiting van de luchtweg op te heffen, is hoesten. Meestal, vooral bij drinken, reageert het lichaam zelf al door te hoesten en anders kun je de cliënt stimuleren om te hoesten.

Stoten tussen de schouderbladen

Als hoesten niet snel genoeg helpt en de cliënt dreigt te stikken, stoot je 5 keer tussen de schouderbladen op de volgende manier:

- ga iets opzij achter de cliënt staan
- vraag de cliënt om zich licht voorover te buigen
- ondersteun de cliënt met je ene hand op de borstkas net onder het sleutelbeen
- stoot nu met je andere hand stevig en 5 keer tussen de schouderbladen.



26. Stoten tussen de schouderbladen

De Heimlich-greep

Als het stoten tussen de schouderbladen niet helpt, pas je de zogenoemde Heimlich-greep 5 keer toe. Dit gaat als volgt:

- ga achter de cliënt staan
- sla je armen om de borstkas; maak van een hand een vuist en pak met je andere hand je vuist stevig vast op de plaats tussen de navel en het borstbeen (niet op het borstbeen zelf of de ribben)
- trek nu beide handen met een stevige ruk schuin omhoog naar je toe
- herhaal dit maximaal 5 keer
- als het niet helpt, probeer je weer 5 keer te stoten tussen de schouderbladen
- daarna weer 5 keer de Heimlich-greep.

De Heimlich-greep en het stoten tussen de schouderbladen veroorzaakt druk die ervoor kan zorgen dat de prop in de keel los schiet. De Heimlich-greep kun je zowel bij een staande als zittende cliënt toepassen.

Als zowel het stoten tussen de schouderbladen als de Heimlich-greep niet werkt, zal de cliënt het bewustzijn verliezen. Dan is het tijd voor spoed deskundige hulp (112). Zorg intussen dat je de cliënt op de grond legt en begin zonnodig met reanimeren tot de hulpverlening is gearriveerd.



27. De Heimlich-greep bij een zittende cliënt

1.6 De Rautek-greep

De Rautek-greep is een greep uit de EHBO om slachtoffers snel te kunnen verplaatsen in een noodsituatie. Bijvoorbeeld als het slachtoffer op een plaats is waar brand is uitgebroken of waar gevaarlijke gassen of vloeistoffen vrij komen. Het is geen greep die je in je dagelijkse werk bij cliënten moet gebruiken, omdat het bepaald geen prettige manier van verplaatsen is.

Ga bij de Rautek-greep als volgt te werk:

- kniel achter het slachtoffer met de linker knie ter hoogte van de schouder en zet de voet van je rechter been achter het hoofd
- ga met je rechterarm onder de nek door met je hand onder de oksel van het slachtoffer
- doe hetzelfde met je linkerhand onder de linker oksel
- duw nu in één beweging het slachtoffer in zittende houding terwijl je op je knieën achter het slachtoffer komt en de rug steunt
- steek je beide armen onder de oksels door naar voren
- pak een arm van het slachtoffer en buig die voor de borst
- pak met beide handen de arm vast
- ga nu in de hurkhouding zo dicht mogelijk tegen de rug van het slachtoffer met je knieën aan beide zijden van het lichaam
- ga dan staan en til het slachtoffer (met een rechte rug) omhoog
- sleep het slachtoffer achteruit lopend naar een veilige plek.

Je kunt iemand met de Rautek-greep ook met z'n tweeën verplaatsen. In dat geval past de een de Rautek-greep toe. De ander pakt het slachtoffer, tussen de benen staand, bij de knieën en tilt de benen op. Als je het met z'n tweeën doet, loop je niet achteruit maar vooruit.



28, 29 en 30. Een slachtoffer verplaatsen in noodsituaties met de Rautek-greep

1.7 Reanimeren

Reanimeren betekent letterlijk ‘weer tot leven wekken’. Iemand die bewusteloos is en niet meer ademt, moet je reanimeren. Reanimeren bestaat uit een combinatie van twee handelingen:

- beademen
- borstcompressie

Eventueel kun je nog gebruik maken van de AED die we verderop behandelen. We beginnen eerst met de techniek van beademen en borstcompressie.

1.7.1 Beademen

Omdat een slachtoffer niet meer zelf ademt, moet de zuurstof kunstmatig in het lichaam worden gebracht. Dit gebeurt door mond-op-mond beademing. Dat gaat als volgt:

- leg het slachtoffer op de rug
- hou met een één hand het voorhoofd vast; duim en wijsvinger gespreid
- duw met twee vingers van de andere hand de kin omhoog om de luchtweg vrij te maken; dit wordt de kinlift genoemd
- kantel in dezelfde beweging het hoofd iets naar achteren en knijp de neus dicht met de duim en wijsvinger van de hand die op het voorhoofd ligt
- open de mond van het slachtoffer en haal adem
- plaats je mond sluitend om de mond van het slachtoffer en blaas je adem rustig helemaal uit
- controleer gelijktijdig met een schuin oog of de borst van het slachtoffer omhoog komt
- haal je mond van het slachtoffer en kijk of de borst weer inzakt.

Als de borst van het slachtoffer niet beweegt, is de beademing niet effectief. Het kan dan zijn dat de luchtweg geblokkeerd is door bijvoorbeeld een voorwerp. Ga in dat geval over op mond-op-neus beademing. Mond-op-neus beademing is iets minder effectief, maar nog altijd beter dan niets. De techniek is bijna hetzelfde als bij mond-



31. Pas voor het beademen de kinlift toe en knijp de neus dicht

op-mond beademing. Alleen nu moet je zorgen dat de mond van het slachtoffer gesloten blijft. Anders ontsnapt jouw adem weer, waardoor er geen zuurstof binnen blijft.

Sommige mensen vinden het zo vies om mond-op-mond beademing toe te passen dat ze het zelfs niet durven om er iemands leven mee te redden. Dat is iets begrijpelijker als het slachtoffer ook gebraakt heeft. In veel nood-sets zit een zogenoemde kiss-of-life. Dat is een kunststof kapje met een blaastuitje eraan. Het kapje past over de mond van het slachtoffer en het blaastuitje kun je dan gebruiken om je adem naar binnen te blazen.



32. De kiss-of-life als hulpmiddel bij mond-op-mond beademing

1.7.2 Borstcompressie

Behalve de ademhaling stopt bij een bewusteloos slachtoffer meestal ook de bloedsomloop. Je kunt dat controleren door te voelen of de slagader in de hals nog klopt. Als er nog wel bloedsomloop is, is het niet verstandig om borstcompressie toe te passen. Als er geen bloedsomloop meer is of als je twijfelt: altijd borstcompressie toepassen naast beademing.

Borstcompressie wordt in de wandelgangen ook wel hartmassage genoemd. Door het snel indrukken en loslaten van de borstkas ontstaan in de borstholte krachten waardoor de grote bloedvaten bloed aanzuigen. Hierdoor kan de bloedsomloop weer op gang komen.

Toepassen van borstcompressie gaat als volgt:

- leg het slachtoffer op de rug op een zo hard mogelijke ondergrond
- kniel naast het slachtoffer ter hoogte van de borstkas
- plaats de palm van een hand op het onderste deel van het borstbeen, boven de plaats waar de onderste rib aan het borstbeen zit (niet op het uitstekende stukje onder het borstbeen!)
- leg je andere hand op de hand die je al geplaatst hebt en haak je vingers in elkaar
- hou je bovenlichaam recht boven de borstkas van het slachtoffer met je armen gestrekt
- druk nu krachtig het borstbeen ca. 5 centimeter naar beneden
- laat weer los, terwijl je met je handen contact blijft houden met het borstbeen
- herhaal dit in een tempo van 100 keer per minuut.

Honderd keer per minuut is behoorlijk snel! Het juiste tempo kun je makkelijk 'droog' oefenen door ritmisch te tellen.



33. Borstcompressie toepassen

Samenvatting reanimeren

Reanimeren bestaat dus uit twee handelingen die je afwisselend toepast:

- 30 keer borstcompressie
- 2 keer beademen
- 30 keer borstcompressie
- 2 keer beademen

enzovoort, net zo lang tot het slachtoffer zelf weer gaat ademen en de circulatie op gang komt of tot deskundige hulp is gearriveerd.

Reanimeren met twee of meer hulpverleners

Als je met twee of meer hulpverleners bent, lijkt het handig de taken te verdelen: één doet de borstcompressie, de ander beademt. Dit is echter niet verstandig. Met name het toepassen van borstcompressie is erg vermoeiend. Je kunt daarom beter ieder 2 tot 3 minuten reanimeren (beademen en compressie) en dan wisselen.

1.7.3 Defibrilleren met de AED

Er is geen circulatie van de bloedsomloop, omdat het hart gestopt is met pompen. Het woord hartstilstand is begrijpelijk, maar ook misleidend. Het hart stopt met pompen, maar intussen gaan de hartkamers behoorlijk trillen. Dit wordt fibrilleren genoemd. Het is dus een extra blokkade voor een normale werking van het hart waardoor mogelijk de borstcompressie niet effectief zal zijn. Het is zaak om dit fibrilleren te stoppen, te defibrilleren.

Defibrilleren bereik je niet met de beide reanimatietechnieken. Er is een speciaal apparaat voor ontwikkeld: de Automatische Externe Defibrillator, afgekort als AED. Je ziet deze levensreddende apparaten tegenwoordig in veel openbare ruimtes hangen. Ze zijn er van verschillende fabrikanten, maar de principes van de werking zijn voor alle AED's hetzelfde.

De werking van een AED

Een AED is een klein apparaat met drie belangrijke onderdelen:

- een knop om het apparaat aan te zetten
- een knop om een stroomstoot (schok) toe te dienen (soms gebeurt dit automatisch)
- een set van twee elektrodes.

Als de elektrodes zijn aangesloten meet het apparaat de hartactiviteit en geeft dan zonodig instructie om een schok toe te dienen of doet dat automatisch zelf.

De werking van een AED is simpel. Het apparaat geeft als je het start gesproken instructies en pictogrammen wat je precies moet doen. Het principe is als volgt:

- zet het apparaat aan
- sluit de beide elektrodes aan volgens de aanwijzingen (één onder het rechter sleutelbeen, één aan de linker zijkant van de borstkas een handbreedte onder de oksel)
- dien een schok toe met de daarvoor bestemde knop als het apparaat dit aangeeft; of het apparaat doet dit automatisch.

Als je een schok toedient, mag niemand het lichaam van het slachtoffer aanraken!

Plaatsing van de elektrodes

Een juiste plaatsing van de elektrodes is belangrijk om zo goed mogelijk de hartactiviteit te meten en om zo effectief mogelijk een stroomstoot te geven. Let op de volgende punten:

- ontbloot het bovenlichaam; het snelst gaat dit door de kleding door te knippen. Bij vrouwen ook de beha verwijderen omdat de metalen beugels de werking van de AED kunnen beïnvloeden en zelfs brandplekken kunnen veroorzaken
- maak de borstkas goed droog en zeker de plaats waar de elektrodes komen
- scheer bij mannen met veel beharing de haren weg op de plaats waar de elektrodes moeten worden geplakt (anders houden de plakkers niet).

Bij bijna alle AED's wordt een setje nood-hulpmiddelen geleverd om bovenstaande acties uit te kunnen voeren. Deze setjes zijn ook los te koop.



34. Nood-hulpmiddelen bij de AED met van links naar rechts een handdoekje om de borstkas droog te maken, een kledingschaar, een scheermesje, een reddingsdeken en op de voorgrond een paar wegwerphandschoenen

Ten slotte

De AED is een aanvulling op de reanimatietechnieken borstcompressie en beademing. De AED komt daar dus niet voor in de plaats. Als na het toedienen van een schok niets verandert in de ademhaling of bloedsomloop ga je direct door met beademen en borstcompressie.

Zoals gezegd is de werking van de AED erg simpel. Maar in de paniek van een noodsituatie is niets simpel als je het nog nooit gezien hebt. Het is dus verstandig dat je in je omgeving probeert kennis te nemen van een AED-apparaat. Je staat dan niet voor verrassingen als je er echt mee moet werken.

1.8 Een stoma verzorgen

Een stoma is een door een chirurg aangebrachte kunstmatige lichaamsopening. Hij wordt aangebracht in de buik voor het afvoeren van urine of ontlasting, maar kan ook in de keel worden aangebracht als de keel niet meer normaal kan functioneren. Een stoma kan tijdelijk zijn, bijvoorbeeld bij een infectieziekte, na een operatie of als een bepaald gedeelte van de darmen om andere redenen tijdelijk rust nodig heeft. Hij kan ook blijvend zijn als de oorspronkelijke werking van de darm niet meer hersteld kan worden. In deze paragraaf beperken we ons tot de stoma die in de SAW-praktijk het meest voorkomt: de darmstoma voor het afvoeren van ontlasting. Ook beperken we ons tot de stoma die voor langere tijd wordt aangebracht.

Een stoma ziet eruit als een kleine uitstulping die meestal een klein stukje boven de huid uitsteekt. Soms bevindt de opening zich echter gelijk met de huid of zelfs iets eronder. De uitstulping ziet er rood uit. Dat is normaal en komt doordat er veel bloedvaatjes in zitten. Let er dus op bij het verzorgen dat je voorzichtig bent, hoewel het niet erg is als er een klein beetje bloed uitkomt. Dit houdt meestal snel weer op. In de uitstulping zitten geen zenuwuiteinden. Aanraken doet dus geen pijn.



De opening van een stoma steekt meestal een stukje boven de huid uit

Er zijn diverse leveranciers van materialen om een stoma te verzorgen. In deze paragraaf en de volgende over de blaaskatheter is gebruik gemaakt van de materialen van MediReva. Op de website van deze en andere leveranciers vind je ook veel aanvullende informatie. De producten van de verschillende leveranciers kunnen onderling verschillen vertonen, maar uiteindelijk komt de werking op hetzelfde neer.

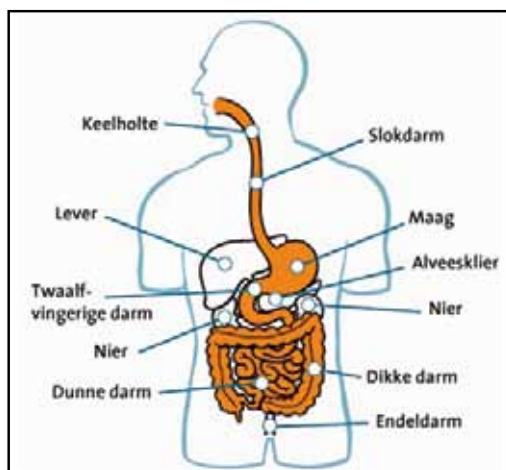
1.8.1 Soort stoma afhankelijk van de plaats

Er zijn twee soorten darmstoma's te onderscheiden. Het onderscheid heeft te maken met de plaats in het darmstelsel waar de stoma wordt aangebracht. We onderscheiden:

- ileostoma; stoma in de dunne darm;
- colostoma; stoma in de dikke darm.

De naam ileostoma is afgeleid van de medische benaming voor de dunne darm: het ileum. De medische benaming voor dikke darm is het colon. De verzorging van beide stoma's is in grote lijnen hetzelfde. Er zijn wel kleine verschillen waarover je zo meer kunt lezen. De plaats waar een stoma in de buik wordt aangebracht is afhankelijk van verscheidene factoren. De chirurg bepaalt wat de beste plaats is. Het is belangrijk om te beseffen hoe ons darmstelsel werkt. De dunne darm is na de maag het eerste deel van het spijsverteringsstelsel en is ongeveer vijf meter lang. De dikke darm is samen met de endeldarm het laatste deel en is ongeveer één meter lang.

Normaal wordt in de dunne darm het voedsel verwerkt. De stoffen die het lichaam kan gebruiken worden eruit gehaald. De voedselsubstantie is dun en vochtig omdat de alveesklier en de gal er spijsverteringssappen aan toevoegen. Nadat het voedsel in de dunne darm is verwerkt, komen de restanten in de dikke darm. De dikke darm verwerkt de restanten en haalt ook het meeste vocht eruit. Hierdoor wordt de ontlasting een vette substantie. Bij zowel de stoma voor de dunne darm als die voor de dikke darm wordt de functie van de anus overgenomen door de stoma. Toch kunnen mensen wel aandrang blijven voelen om naar het toilet te gaan. Dit wordt veroorzaakt door slijmafscheiding in de darm tussen de stoma en de anus.



Het spijsverteringsstelsel

Ileostoma

Een ileostoma wordt meestal aangelegd bij het laatste deel van de dunne darm en rechts op de buik, soms ook links. Bij een ileostoma wordt de hele dikke darm buiten werking gesteld. Het normale spijsverteringsproces wordt dus niet helemaal doorlopen. Met name het onttrekken van vocht door de dikke darm blijft achterwege. Hierdoor is de afscheiding uit het ileostoma dun en vochtig. Dit heeft gevolgen voor de verzorging. Een ileostoma moet namelijk vaker per dag verschoond worden dan wanneer er sprake is van een normaal patroon van ontlasting. Hoe vaak is afhankelijk van hoeveel iemand eet en drinkt en welk deel van de dunne darm nog goed functioneert. Soms moet een ileostoma ook 's nachts verschoond worden.

Colostoma

Een colostoma kan op verschillende delen van de dikke darm worden aangelegd en bevindt zich meestal aan de linkerkant van de buik, soms rechts. Hoe dichterbij de endeldarm kan worden aangebracht, des te normaler kan het spijsverteringsproces worden afgerond. Bevindt de stoma zich dicht bij de dunne darm, dan is de afscheiding nog dun. Naarmate de stoma dichterbij het eind van de dikke darm zit, krijgt de afscheiding meer de structuur van normale ontlasting. In het laatste geval hoeft de stoma minder verzorgd te worden dan een ileostoma.

1.8.2 Stomazakjes

Je hebt gelezen dat een stoma de functie van de anus overneemt. Maar een stoma heeft geen kringspier en de cliënt voelt bij de stoma ook geen aandrang om naar het toilet te gaan. De cliënt heeft dus geen controle over de afscheiding. Dit betekent dat er een systeem moet zijn om constant de afscheiding op te kunnen vangen. Een opvangsysteem bestaat uit twee aparte delen:

- de huidplaat;
- het stoma-opvangzakje of stomazakje.

De huidplaat

Het deel dat met een zelfklevende laag op de huid rond de stoma wordt geplakt is de huidplaat, soms ook huidplak genoemd. De huidplaat wordt met een zelfklevende laag op de huid geplakt. Het is belangrijk dat de opening van de plaat precies om de stoma past. Niet elke stoma is gelijk en dus moet je de opening op maat maken. Soms zit er in de verpakking een mal met allemaal ringen die de diameter aangeven. De mal kun je op de stoma leggen. Zo zie je de maat die je moet uitknippen. Leg de mal vervolgens op de ringen van de huidplaat en knip de juiste opening eruit met een klein nagelschaartje. Als er geen mal bij zit, zijn de ringen van de verschillende maten op de beschermfolie van de huidplaat getekend. Neem in dat geval de maat met een centimeter op en knip de juiste maat in de huidplaat uit.

De opening van de huidplaat moet goed over de stoma passen: niet te strak, maar ook niet te ruim. Als de opening te ruim is, kan er ontlasting lekken en dat leidt dan weer tot huidirritatie. Als de opening te klein is, kan de stoma beschadigen. Natuurlijk hoef je als je eenmaal de maat weet niet elke keer de maat op te meten. Maar vooral de eerste twee maanden na de operatie kan de stoma nog veranderen en moet je dus vaker de maat opmeten.



Links een mal en rechts een losse huidplaat

Het stomazakje

De ontlasting wordt opgevangen in een stomazakje dat aan de huidplaat vastzit. Bij de ileostoma loopt er regelmatig afscheiding in het stomazakje en de afscheiding is dunner. Daarom zijn de zakjes van een ileostoma ook wat groter dan van een colostoma. Vervang de zakjes als ze ongeveer een derde gevuld zijn en op een moment dat de spijsvertering niet actief is; dus niet na het eten. Vervang de zakjes voor een colostoma twee tot drie keer per dag, te beginnen voor het ontbijt. Bij een ileostoma is vaak zes tot zeven keer per dag verschoning nodig, soms ook 's nachts.

Neem in het begeleidings- of zorgplan het schema op zodat ook je collega's weten op welke momenten van de dag het zakje vervangen moet worden. Daarnaast kun je het zakje ook vervangen voordat iemand van huis gaat, bijvoorbeeld als hij een middagje wil shoppen of naar een voorstelling gaat. Ook is het verstandig altijd één of meer reservezakjes mee te nemen als iemand ergens naartoe gaat.

Eendelige en tweedelige systemen

Voor zowel de ileostoma als de colostoma bestaan er eendelige en tweedelige systemen. Bij het eendelige systeem zit het opvangzakje aan de huidplaat vast. Bij de verzorging wordt het geheel in één keer vervangen. Het tweedelige systeem bestaat uit een losse huidplaat met een ring waaraan een opvangzakje gekoppeld kan worden. Bij de verzorging hoeft dus niet elke keer de huidplaat vervangen te worden. Verwijder alleen het zakje en koppel er een nieuw zakje aan. De huidplaat moet wel om de vier á vijf dagen vervangen worden.



Links een eendelig systeem en rechts een tweedelig systeem. In deze afbeelding gaat het om een systeem voor een ileostoma. De systemen voor een colostoma zien er niet veel anders uit

Bij het eendelige systeem voor een ileostoma moet je goed opletten! Het complete systeem met huidplaat moet één keer per dag vervangen worden. Maar zoals je hebt gelezen moet het zakje wel veel vaker geleegd worden. Dat kan door een opening aan de onderkant van het zakje bij dit systeem. Als je het systeem uit de verpakking haalt, is die opening aan de onderkant vaak nog niet afgesloten. Let er dus op dat je die bij het aanbrengen afsluit! Het legen van het zakje gebeurt in principe gewoon zittend op het toilet.

1.8.3 Het verzorgen van de stoma

Lees eerst de inleiding helemaal aan het begin van dit thema nog een keer goed door voor de algemene aanwijzingen bij verzorging. Hierna maken we onderscheid tussen:

- verwisselen van de stomazakjes bij de tweedelige systemen;
- verwisselen van de huidplaat bij een- en tweedelige systemen.

Verwisselen van de stomazakjes

Bij het verwisselen van de stomazakjes bij tweedelige systemen ga je als volgt te werk:

- klaarzetten: afvalzakje, nieuw zakje, wegwerphandschoenen;
- doe je sieraden af en de handschoenen aan en koppel het zakje los van de huidplaat;
- doe het in een afvalzakje en knoop dat goed dicht;
- controleer of de stomaopening en de huidplaat schoon zijn, reinig ze eventueel voorzichtig met toiletpapier;
- koppel een nieuw opvangzakje aan de huidplaat;
- zorg ervoor dat het zakje altijd recht naar beneden hangt;
- gooi het afvalzakje bij het huisvuil.

De afscheiding van een stoma is een soort ontlasting. Niet zo gek dus dat er geuroverlast kan ontstaan. Maak zonodig gebruik van normale geurverdrivers. Als de geur sterk is en het echt hinderlijk is, kun je een druppel vanille-extract in het zakje doen bij het verwisselen of speciale geurneutralisators aanschaffen.

Het beste moment om de opvangzakjes te verwisselen is voor de maaltijden. Dan is het spijsverteringsstelsel het minst actief.

Verwisselen van de huidplaat

Het verwisselen van de huidplaat werkt nagenoeg hetzelfde bij een- en tweedelige systemen en bij een colostoma en een ileostoma.

Je moet het volgende klaarzetten voor het verwisselen van de huidplaat:

- wegwerphandschoenen;
- afvalzakje;
- een nieuw systeem met huidplaat;
- schaarje om de plaat op maat te knippen;
- lauwwarm water;
- non-woven gaasjes.

Het gebruik van non-woven gaasjes is belangrijk. Ze laten geen stofdeeltjes na, ze zijn zacht en ze absorberen vocht goed. Gebruik ook gewoon lauwwarm water en geen vochtige babydoekjes of ontsmettingsvloeistoffen. Die kunnen huidirritaties veroorzaken.

Ga nu als volgt te werk:

- knip de opening van de nieuwe huidplaat eerst op maat;
- doe je sieraden af en de handschoenen aan;
- verwijder bij tweedelige systemen het opvangzakje zoals hiervoor beschreven;
- maak een paar gaasjes nat met lauwwarm water;
- trek de huidplaat voorzichtig van boven naar beneden los met een pellende beweging, houd met je andere hand de huid tegen met de gaasjes;
- maak de huid en stoma schoon met gaasjes en warm water ;
- dep de huid goed droog;
- verwijder de bescherm laag van de nieuwe huidplaat en breng hem rond de stoma aan;
- druk de huidplaat voorzichtig rondom aan met je vlakke hand;
- breng bij tweedelige systemen het opvangzakje aan;
- ruim de gebruikte spullen op.

Observatiepunten

Een verzorgingsmoment is altijd een goed moment om te observeren of alles nog in orde is. Let bij stomaverzorging extra op de volgende punten:

- de huidplaat moet nog goed aansluiten op de huid en er mag geen ontlasting lekken;
- de huid rond de stoma mag niet geïrriteerd raken;
- bloedingen van de stoma die regelmatig terugkomen en niet makkelijk vanzelf stoppen zijn niet normaal;
- de vorm van de stoma mag na ongeveer twee maanden na de ingreep niet meer teveel afwijkingen vertonen;
- net als bij gewone ontlasting moet de afscheiding van vooral de colostoma een redelijk normaal patroon vertonen; ook bij een colostoma kan obstipatie (verstopping) of diarree optreden;
- waarschuw een arts als er meer dan twee dagen geen of weinig productie van ontlasting is en de cliënt wel normaal gegeten heeft;
- darmkrampen, opgezwollen buik of misselijkheid zijn normaal als het niet te vaak gebeurt en niet te lang aanhoudt;
- observeer de werking en bijwerking van medicijnen goed als de cliënt medicijnen krijgt. De werking kan beïnvloed worden door een kortere spijsvertering bij een (ileo)stoma;
- rapporteer bijzonderheden aan een arts of verpleegkundige.

1.8.4 Algemene aandachtspunten

Tot slot van dit deel over stomaverzorging nog wat algemene aandachtspunten rond de stoma. Mensen met een stoma kunnen goed een normaal leven leiden. Soms zijn er wat beperkingen, maar voor veel van die beperkingen zijn door fabrikanten speciale oplossingen bedacht. We zetten wat punten op een rijtje:

- Iemand met een stoma kan de meeste kleding dragen; alleen erg strak zittende kleding niet, zoals een korset of een strakke riem (afhankelijk van de plaats van de stoma).
- De meeste sporten zijn gewoon mogelijk met een stoma. Voor de wat ruwere contactsporten zijn er beschermkapjes met een steunbandage verkrijgbaar.
- Tijdens zwemmen kan een kleiner zakje gebruikt worden dat minder zichtbaar is. Vrouwen kunnen gewoon een badpak aan; voor mannen zijn er speciale boxershorts met een wat hogere taille. Een en ander afhankelijk van de plaats van de stoma op de buik.
- Tot maanden na de operatie is de psychologische begeleiding minstens zo belangrijk als de technische verzorging. Cliënten kunnen het gevoel hebben dat ze in de steek zijn gelaten door hun eigen lichaam. Of ze worden heel onzeker, omdat ze denken dat iedereen in de omgeving weet of ziet dat ze een stoma hebben en dit gek vindt.

De voeding van cliënten met een stoma vraagt aandacht. Vaak worden de voeding en het voedingspatroon samengesteld door een diëtiste. Aandachtspunten bij voeding zijn:

- regelmatig eten: drie tot vier keer per dag een maaltijd met vaste voeding;
- vermijd voeding die verstopping kan veroorzaken, zoals taai vlees, harde rauwkost, noten, gedroogde vruchten
- drink minstens anderhalve liter vocht per dag.

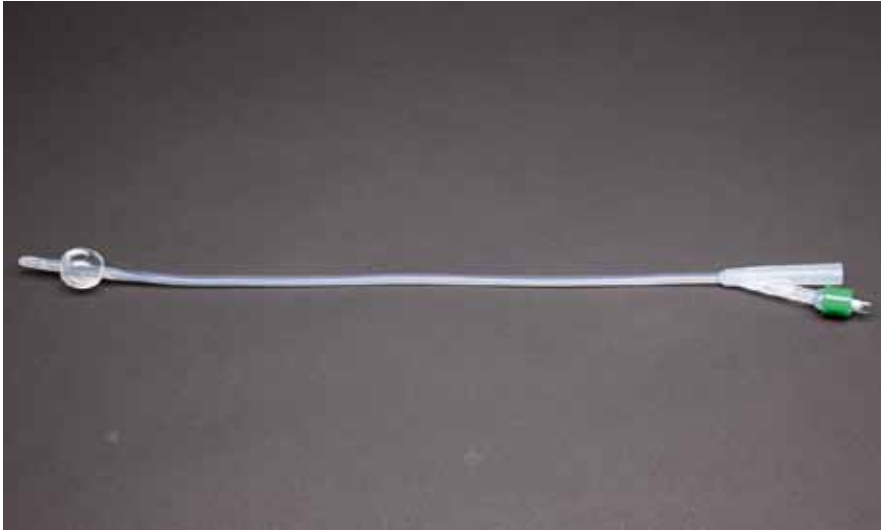
1.9 Verzorgen van een blaaskatheter

Iemand krijgt een blaaskatheter als de normale afvoer van urine niet meer goed functioneert, bijvoorbeeld door een ontsteking of een afwijking aan de blaas of urinewegen. Een blaaskatheter kan eenmalig zijn of voor langere duur. De laatste wordt een verblijfskatheter genoemd. Het inbrengen van een blaaskatheter is een voorbehouden handeling in de Wet BIG en mag daarom alleen gedaan worden door een arts of verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is. Soms mogen verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG) een katheter inbrengen bij vrouwen. Waarom dat verschil er is, lees je hierna. Bij een eenmalige katheter speelt uiteraard het inbrengen een rol. Als SAW'er krijg je daar niet mee te maken. Daarom gaat deze paragraaf uitsluitend over het verzorgen van de verblijfskatheter.

1.9.1 De werking van een verblijfskatheter

Een blaaskatheter is een kunststof slangetje dat een verbinding totstand brengt tussen de blaas en de opening waar normaal de urine uit het lichaam komt. De urinebuis is bij vrouwen maar een paar centimeter lang vanaf de opening in de vagina tot in de blaas. De urinebuis van mannen is een stuk langer. Bovendien zit er een bocht in en loopt de urinebuis vlak langs de prostaat. Dit betekent dat aan het inbrengen van een katheter bij mannen meer risico's verbonden zijn. Dat is de reden dat bij mannen een katheter altijd door een arts of verpleegkundige wordt ingebracht en dat in sommige instellingen verzorgenden IG wel een katheter bij een vrouw mogen inbrengen als ze bevoegd en bekwaam zijn verklaard.

Er bestaan verschillende soorten katheters van verschillende soorten kunststof. Sommige katheters hebben standaard een gel-laag die het inbrengen makkelijk maakt. Bij andere moet er handmatig glijmiddel worden aangebracht. Ook de uitvoering kan per fabrikant verschillen. Het principe van de werking, het afvoeren van urine, is bij alle katheters gelijk.



Een verblijfskatheter. Het ballonnetje wordt na het inbrengen met vloeistof opgeblazen met een spuit bij de groene nippel. Dit voorkomt dat de katheter weer uit de blaas glijdt.

Bij een verblijfskatheter wordt één uiteinde ingebracht tot in de blaas. Aan het andere uiteinde zit de uitgang die aan een beenzak gekoppeld wordt. Naast de uitgang zit nog een stukje met een ventiel. In de afbeelding hierboven is dat het groene dopje. Door het ventiel wordt na het inbrengen vloeistof ingespoten. Hierdoor wordt een ballonnetje opgeblazen dat in de blaas zit. Dit voorkomt dat de katheter uit de blaas kan glijden.

Een compleet systeem voor een verblijfskatheter bestaat uit drie onderdelen:

- katheter;
- beenzak;
- nachtzak.

Over de katheter heb je zojuist gelezen. We gaan nu wat verder in op de beenzak en de nachtzak.

De beenzak

Iemand met een katheter heeft geen controle over de sluitspier van de blaas. Dit betekent dat er vrijwel continu wat urine uit de katheter komt. Die wordt opgevangen in een kunststof zak die op de katheter wordt aangesloten. Deze opvangzak wordt overdag met klittenband op het boven- of onderbeen bevestigd en heet daarom een beenzak. Een beenzak moet overdag regelmatig gelegegd worden, afhankelijk van de urineproductie. Legen kan gewoon boven een toilet door het kraantje van de beenzak open te draaien. De beenzak

kan meestal ongeveer drie dagen gebruikt worden (afhankelijk van het voorschrift van de fabrikant). Wel moet de beenzak tussendoor gespoeld worden met gewoon leidingwater. Let op dat er ook been- en nachtzakken zijn die je dagelijks moet vervangen. Deze worden bijvoorbeeld gebruikt als iemand erg gevoelig is voor ontstekingen aan de urinewegen.

Het beste kun je werken met twee beenzakken in een periode van drie dagen. Als het tijd is om de beenzak schoon te spoelen, koppel je hem los van de katheter en sluit er een nieuwe of droge zak op aan. Je laat de gebruikte zak leeglopen en spoelt hem goed door met water. Daarna laat je hem drogen en kun je hem nog een aantal keren gebruiken tot maximaal drie of vier dagen. Om de urinegeur terug te dringen kun je een paar druppeltjes azijn toevoegen bij het spoelen.

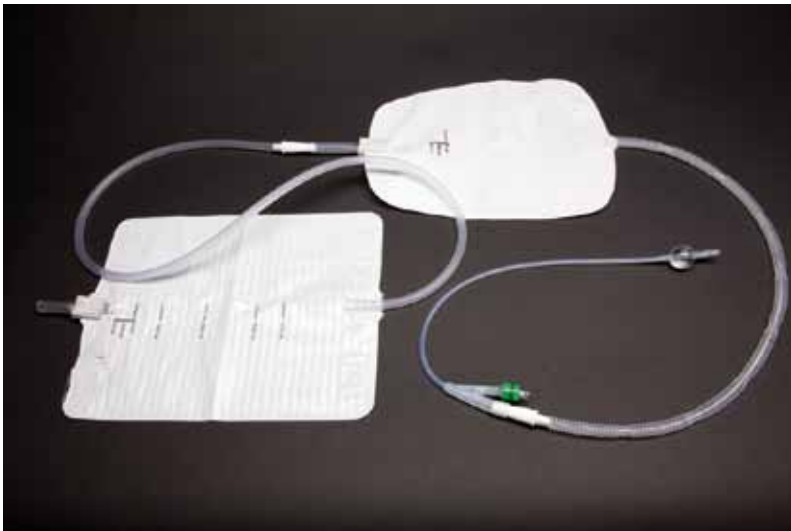


Een beenzak met los klittenband en een los verbindingsstukje. Hiermee wordt de slang van de beenzak aan de katheter gekoppeld als die op maat geknipt is.

De nachtzak

Overdag is het niet nodig om iemand met een grote opvangzak aan het been te laten rondlopen. Gedurende de nacht kan de beenzak minder vaak geleegd worden en daarvoor is de grotere nachtzak ontworpen. De nachtzak wordt 's nachts aan de beenzak gekoppeld. Vergeet niet het kraantje van de beenzak open te zetten! De nachtzak wordt aan een rekje aan het bed gehangen of als dat niet gaat in een emmer naast het bed gezet. Eventueel kunnen 's nachts de klittenbanden van het been los gemaakt worden.

De nachtzak wordt ook overdag gebruikt als iemand veel in bed moet liggen. Zorg er bij liggende houding altijd voor dat het complete systeem van beenzak en nachtzak (of nachtzak alleen) altijd lager ligt/hangt dan de katheter en dat het systeem ook nergens wordt afgekneld.



Een compleet systeem met katheter, beenzak en nachtzak aan elkaar gekoppeld

1.9.2 Verzorging van de blaaskatheter

In deze paragraaf gaan we in op het verzorgen van de blaaskatheter.



Het regelmatig legen van de beenzak. Dit doe je als volgt:

- ga met de cliënt naar een toilet;
- maak het klittenband van de beenzak los;
- houd de zak boven het toilet;
- doe het kraantje open en laat de zak leeglopen;
- doe het kraantje weer dicht en bevestig de zak om het been met de klittenband.

Het verwisselen van de beenzak

Bij het verwisselen van de beenzak ga je als volgt te werk:

- leg een nieuwe of schone zak klaar en een afvalbakje of zakje;
- knip de nieuwe verbindingsslang tussen beenzak en katheter op maat (afhankelijk van boven- of onderbeen) en sluit het koppelstukje aan (werkwijze kan per fabrikant verschillen)
- laat eerst op het toilet de beenzak leeglopen;
- vraag de cliënt op bed te gaan liggen;
- trek eventueel wegwerphandschoenen aan;
- maak de beenzak los;
- sluit de katheter af door hem af te klemmen tussen je duim en wijsvinger;
- ontkoppel voorzichtig de aansluiting van de beenzak en de katheter door de aansluiting van de beenzak licht heen en weer te draaien;
- leg de gebruikte beenzak in een bakje of doe hem in een afvalzakje;

- sluit de nieuwe beenzak met de verbindingsslang aan op de katheter;
- doe het kraantje dicht (meestal is dat open als je het uit de verpakking haalt);
- maak de beenzak vast op het been;
- ruim de gebruikte beenzak op.

Als alternatief voor het dichtknijpen van de katheter met je vingers, kun je ook een speciaal klemmetje gebruiken. Je hebt dan allebei je handen vrij voor het legen en opruimen van de gebruikte zak. Je kunt de handeling ook met z'n tweeën verrichten.

Het aan- en afkoppelen van de nachtzak

Het aankoppelen van nachtzak aan de beenzak gaat als volgt:

- de cliënt ligt al op bed en anders moet dat eerst gebeuren;
- hang de nachtzak aan de bedhaak of leg hem in een emmer;
- maak de beenzak desgewenst los door het klittenband te openen;
- sluit de nachtzak aan op de beenzak;
- open het kraantje van de beenzak;
- let erop dat het hele systeem onder de katheterhoogte blijft.

Het afkoppelen gaat in omgekeerde volgorde:

- sluit het kraantje van de beenzak;
- maak met een heen-en-weer draaiende beweging de slang van de nachtzak los van de beenzak;
- doe de beenzak zonodig weer om het been met de klittenband;
- leeg de nachtzak, spoel hem schoon en laat drogen.

Gebruik voor al deze verzorgingsactiviteiten een duidelijk schema in het zorg- of begeleidingsplan, zodat er geen misverstanden over bestaan wanneer de opvangzakken niet alleen gespoeld maar ook vernieuwd moeten worden.

Observatiepunten bij het verzorgen van de blaaskatheter

Goede hygiëne is ook en misschien wel vooral bij een blaaskatheter erg belangrijk. De vagina of de penis en het gebied eromheen moet dagelijks gewassen worden met lauwwarm water. Gebruik geen zeep. Uitgebreidere aanwijzingen voor het wassen van cliënten vind je in een het thema over 'Ondersteunen bij persoonlijke verzorging van het boek Methodisch Begeleiden'; SAW 3/4. Zo'n verzorgingsmoment is ook een goed moment om te observeren of alles eruit ziet zoals het hoort. Controleer bij een katheter ook op ongewone afscheiding of bloed langs de katheter en of de katheter nog vastzit. Het ballonnetje kan namelijk weleens lek raken. Onrustige cliënten kunnen ook vaak best hard aan de katheter trekken waardoor de urinewegen beschadigen. Er kan ook een beetje urine langs de katheter lekken. Als het niet te veel is, is het niet abnormaal maar voor de cliënt wel vervelend. Gebruik in zo'n geval incontinentiemateriaal en/of een beschermende bedekking van het matras of de stoel.

Observeer ook tijdens het legen van de opvangzak op symptomen van complicaties:

- bloed bij de urine;
- troebele urine, eventueel gepaard met temperatuurverhoging en pijn in de blaasstreek.

Als er bloed bij de urine zit, hoeft dat niet per se iets te maken te hebben met de katheter. Het kan ook gaan om een blaasbloeding die door iets anders wordt veroorzaakt. Troebele urine kan wijzen op een blaasontsteking. Iemand met een blaaskatheter is gevoeliger voor een blaasontsteking. In beide gevallen waarschuw je uiteraard een arts.

1.10 Verzorgen van sondevoeding

Als iemand niet meer gewoon kan of wil eten, bestaat de mogelijkheid om voeding te geven met behulp van een sonde. Het inbrengen van de sonde is een handeling voor verpleegkundigen of verzorgenden IG. Daar gaan we dus niet op in. Wel gaan we in op het geven van sondevoeding via een neussonde die al is ingebracht en op observatie- en verzorgingsaspecten. Ga in alle gevallen goed na welke handelingen rond sondevoeding je als SAW'er in jouw instelling wel en niet mag doen.

1.10.1 De PEG-sonde en de neus-maagsonde

Globaal bestaan er twee wegen om voeding toe te dienen via een sonde:

- de neus-maagsonde;
- de PEG-sonde.

De PEG-sonde

Een PEG-sonde wordt door een chirurg ingebracht, meestal als een neussonde teveel problemen geeft. Een PEG-sonde is een soort stoma en wordt daarom ook een voedingsstoma genoemd. Het is niet zoals een darmstoma een uitgang in de buik, maar een ingang (naar de maag). De PEG-sonde wordt in de maag gebracht en komt door een opening in de buik naar buiten. Net als bij katheter heeft een PEG-sonde een ballonnetje om ervoor te zorgen dat de sonde niet uit de maag schiet. De verzorging van de PEG-sonde zelf is echter een handeling voor verpleegkundigen of verzorgenden IG. Er zijn namelijk verschillende types PEG-sondes. Het ene type moet je bijvoorbeeld regelmatig draaien om te voorkomen dat hij vast gaat zitten. Een ander type mag je juist niet draaien. Hoewel de verschillen niet heel groot zijn, beperken we ons hierna verder tot sondevoeding via de neus-maagsonde.

De neus-maagsonde

Een neus-maagsonde - vaak gewoon neussonde genoemd - is een sonde die via de neus en keel naar de maag leidt. De sonde mag alleen ingebracht worden door iemand die daarvoor bekwaam verklaard is. Na het inbrengen wordt de sonde vastgezet bij de neusuitgang met een pleister die daarvoor op een speciale manier geknipt wordt. Meestal wordt het uiteinde van de sonde ook nog op de wang gefixeerd in de richting van het oor. Wat met het laatste deel van de sonde gebeurt, is afhankelijk van of de sonde permanent in gebruik is en of iemand in bed ligt. Een sonde die niet steeds in gebruik is, wordt tijdelijk afgesloten met een dopje of een klemmetje.

Voor neussondes worden drie soorten materiaal gebruikt. Het gebruikte materiaal bepaalt de gebruiksduur voordat de sonde vervangen moet worden. In de tabel zie je een overzicht.

Materiaal	Vervangen na
PVC	ongeveer 10 dagen
PUR	ongeveer 6 weken
Silicone	ongeveer 3 maanden

Op tijd vervangen is erg belangrijk. De punt van de sonde die in de maag zit, wordt door de inwerking van maagsappen hard en kan de maagwand beschadigen. Je moet het zichtbare deel van de sonde ook regelmatig controleren op uiterlijke kenmerken van slijtage: bubbeltjes of kleine scheurtjes in de buitenkant. Als iemand geërft heeft met de sonde in, dan moet de sonde altijd vervangen worden.

1.10.2 Verzorgen van de neussonde

Aandachtspunten voor de dagelijkse verzorging van de neussonde zijn:

- drukplekken controleren en verzorgen;
- huidirritatie van de fixatiepleisters controleren en verzorgen;
- algemene verzorging van neus en mond;
- een verstopte sonde.

Drukplekken

Drukplekken ontstaan op het punt waar de sonde de huid raakt. Dit is het geval bij het punt waar de sonde uit de neus komt. Afhankelijk van hoe de sonde buiten de neus verder wordt geleid, kunnen ook op andere plaatsen, bijvoorbeeld bij het oor, drukplekken ontstaan. Het belangrijkste advies is hier: voorkom drukplekken door regelmatig de plaats waar de sonde op de huid drukt iets te verschuiven. Dit kun je sturen door de plaats waar je de sonde met pleister fixeert een beetje te veranderen.

Huidirritatie

Behalve door drukplekken kunnen ook huidirritaties ontstaan door de pleisters. Maak als je een pleister verwisselt de huid waar de oude pleister zat goed schoon met aceton of ether. Probeer ook bij pleisters de plaats een klein beetje af te wisselen zodat de pleister niet altijd op dezelfde plek zit. Wat ook kan helpen, is af en toe een ander soort pleister te gebruiken. Lichte huidirritaties kun je verzorgen door de plek voorzichtig schoon te maken met water en er dan wat huidcrème op doen. Bij ernstige irritaties kun je beter overleggen met de arts of een verpleegkundige over de verzorging.

Algemene verzorging van neus en mond

Bij iemand met een neussonde werken ademhaling en spijsvertering anders dan normaal. Vaak ademt de cliënt vooral door zijn mond waardoor mond en lippen droog kunnen worden. Ook de neus kan droger zijn dan normaal. Je kunt de neus dagelijks reinigen met een wattenstaafje of met gaasje met water of fysiologisch zout. Tegen een droge mond helpt het om een paar keer per dag de mond goed te spoelen. Als het mag van de arts helpt een suikervrij snoepje of suikervrije kauwgom ook om de mond vochtig te houden. Gebruik lippencrème om de lippen soepel te houden.

Ondanks dat er geen voeding in de mond komt, is gebitsverzorging extra van belang. Er is immers geen regelmatige speekselafscheiding. Dit kan ontstekingen van het tandvlees en het slijmvlies in de mond veroorzaken. Poets daarom minstens drie keer per dag de tanden. Gebruik een zachte tandenborstel en tandpasta met fluoride.

Een verstopte sonde

Als de sonde verstopt is, kun je dat proberen te verhelpen door voorzichtig met een spuit 2 ml lauw water door de sonde te spuiten. Laat het water daarna even inwerken en spuit de sonde nog een keer door met 2 ml lauw water. Als de verstopping in het uitwendige deel van de sonde zit, kun je de sonde voorzichtig kneden tussen je duim en wijsvinger. Ook dan doorspoelen met 2 ml water. Als het uiteindelijk niet lukt om de verstopping te verhelpen, moet er een nieuwe sonde worden ingebracht.

Je leest weleens dat je een verstopte sonde moet doorspoelen met wat cola of andere koolzuurhoudende drank. Dat moet je dus nooit doen! De koolzuur veroorzaakt een reactie bij de sondevoeding die resulteert in vlokken. Daardoor bereik je precies het tegenovergestelde: door de vlokwerking raakt de sonde verstopt.

1.10.3 Het toedienen van sondevoeding

De twee belangrijkste aandachtspunten bij het toedienen van sondevoeding zijn:

- de voeding zelf;
- het toedieningsysteem.

De voeding

Een arts schrijft, meestal in overleg met een diëtist, voor welke voeding gegeven moet worden en in welke dosering. Er zijn veel verschillende soorten kant-en-klare sondevoedingen in de handel. Welke voeding gebruikt wordt, is afhankelijk van de conditie van de cliënt en welke voedingsstoffen zoals eiwitten of vezels extra nodig zijn. Naast veel soorten sondevoeding zijn er ook verscheidene verpakkingen met verschillende inhoudsmaten. In grote lijnen kun je die onderscheiden in:

- een glazen fles met kroonkurk of schroefdoop;
- een pack of bag (een kunststof zak);
- een blik met poeder.

Sondevoeding in poedervorm wordt vaak gebruikt als iemand een paar keer per dag een portie krijgt. De voeding wordt vloeibaar gemaakt door deze te mengen met een hoeveelheid water, afhankelijk van de vereiste dosering. Flessen en packs worden vaker gebruikt bij continue toediening.

Net als bij normale voeding is de houdbaarheidsdatum van belang. Bij ongeopende packs of flessen volg je de houdbaarheidsdatum die op de verpakking staat. Een pack dat aangesloten is aan een sonde is 24 uur houdbaar. Een pack dat wel geopend, maar niet aangesloten is, kun je 24 uur bewaren in de koelkast. Een fles die aangesloten is aan een sonde is 8 uur houdbaar. Een aangebroken fles die niet aangesloten is, kun je nog 8 uur bewaren in de koelkast. Dit is een richtlijn. Controleer altijd de aanwijzingen van de fabrikant op de verpakking.

Onaangebroken sondevoeding bewaar je op een donkere plaats en op kamertemperatuur. Sondevoeding geef je altijd op kamertemperatuur. Dus een aangebroken verpakking uit de koelkast warm je een klein beetje op.



Verskillende soorten verpakkingen van sondevoeding

Het toedieningsysteem

Je kunt drie manieren onderscheiden om sondevoeding toe te dienen:

- met een spuit;
- zwaartekrachtstelsysteem;
- systeem met een pomp.

Toediening met een spuit

De naam zegt het al: de sondevoeding wordt toegediend met een spuit. De spuit wordt gekoppeld aan het uiteinde van de sonde en de voeding wordt met lichte druk ingebracht. Je kunt de spuit ook als een trechter gebruiken. Houd hem ruim boven het hoofd van de cliënt en de voeding loopt via de sonde in de maag. Uiteraard is de spuit niet geschikt voor continue toediening, maar wel voor toediening van een paar porties per dag. Toediening per portie kan overigens ook via de twee systemen waarover je hierna kunt lezen.

Zwaartekrachtstelsysteem

Bij een zwaartekrachtstelsysteem wordt de fles of het pack op z'n kop en ruim boven het hoofd van de cliënt aan een haak van een speciale standaard gehangen. Vervolgens wordt er een toedieningsstelsysteem aangesloten tussen fles/pack en de uitgang van de sonde. Er bestaan speciale systemen voor flessen en packs. Maar er zijn ook universele systemen in de handel

die je zowel op flessen met dop of kroonkurk als op packs kunt aansluiten. De systemen bestaan allemaal uit een slang en een aantal andere onderdelen:

- spike of draaidop;
- druppelkamer;
- rolregelklem;
- bijspuitopening;
- eventueel een connector.

Met de spike (dikke naald) wordt het systeem aangesloten op fles of pack. Direct daaronder zit de druppelkamer. Die vangt druppels op die uit de verpakking komen. De hoeveelheid druppels per minuut is bepalend voor de dosering. Je kunt die hoeveelheid regelen met een zogenoemde rolregelklem. Dit is een klem die op de slang van het systeem zit met een rolknop erop. De rolknop is vergelijkbaar met het scroll-wieltje van een muis. Door de rolknop voorzichtig te draaien, klem je de slang meer of minder af en zie je het resultaat in de druppelkamer: er komen meer of minder druppels uit de verpakking. Ook als je de dosering goed hebt afgesteld, moet je de dosering regelmatig controleren. Onder invloed van allerlei omstandigheden kan een eenmaal ingestelde dosering veranderen.

Aan de meeste systemen zit ook een zijopening. Hierdoor kun je met een spuit medicatie toevoegen aan de sondevoeding. De combinatie van sondevoeding en medicijnen is een ingewikkeld verhaal, afhankelijk van het soort medicijn. Zo mag je bijvoorbeeld nooit medicijnen met een suikerlaag (dragees) fijnmalen en direct toevoegen aan het systeem. Ga dus altijd bij de arts goed na welke instructies gelden voor het toevoegen van medicatie aan de sondevoeding! Sommige systemen kun je direct aansluiten op een neussonde, maar dat lukt niet altijd. Daarom heb je soms een speciale connector, een verbindingstukje, nodig.

De harde onderdelen van een voedingssysteem hebben vaak een paarse kleur en dat is niet omdat het zo gezellig staat. De kleur paars is belangrijk in ziekenhuizen waar patiënten naast sondevoeding ook vaak vloeistoffen en/of medicijnen rechtstreeks in de bloedbaan via een infuus krijgen toegediend. Zeker op een intensive care kan het een wirwar zijn van slangetjes en sondes. De kleur paars wordt nooit gebruikt voor infuussystemen en zo wordt de kans verkleind dat sondevoeding per ongeluk wordt aangesloten op een infuussysteem.

Systeem met een pomp

Tegenwoordig zie je ook buiten het ziekenhuis veel systemen die een pomp gebruiken in plaats van de rolregelklem. Het voordeel van een pomp is dat de dosering veel nauwkeuriger en constanter te regelen is. Ook hebben veel pompen waarschuwingssystemen als er iets mis gaat. In principe zien de systemen voor zwaartekracht en een pomp er bijna hetzelfde uit. Alleen zit op de plaats van de rolregelklem een vaste lus in de slang. Die lus moet in de pomp worden gelegd. Er zijn diverse pompsystemen in de handel. Raadpleeg dus altijd de richtlijnen van de instelling en de handleiding van de fabrikant voor het juiste gebruik van een pomp.

Zwaartekracht- en pompsystemen kunnen ook gebruikt worden voor toediening per portie. Meestal worden deze systemen echter gebruikt voor meer continue toediening van sondevoeding.



Een toedieningsysteem voor een pomp

1.10.4 Werkwijze bij het toedienen van sondevoeding

De basis van alle systemen is gelijk, maar de werking en bediening kunnen verschillen. Ga dus altijd in je instelling na welke protocollen er gelden voor sondevoeding. Raadpleeg ook de gebruiksaanwijzingen van fabrikanten, de opschriften van verpakkingen enzovoort. Hierna beschrijven we een meer algemene werkwijze zodat je een indruk krijgt.

Controle of de sonde in de maag zit

Voordat je sondevoeding geeft, op welke manier dan ook, controleer je eerst of de sonde nog in de maag zit. Dat moet je ook doen als je een verpakking verwisselt bij een zwaartekracht- of pompsysteem.

Degene die de sonde heeft ingebracht zet meestal met een viltstift een klein streepje op de sonde op de plaats waar die uit de neus komt. Dit geeft een eerste indicatie of de sonde nog op z'n plek zit. Maar een garantie dat het ook zo is, geeft het niet! Daarom zijn er nog meer manieren om te controleren of de sonde nog in de maag zit.

De eerste manier is een klein spuitje aansluiten op het uiteinde van de sonde. Zuig daarmee voorzichtig een klein beetje maaginhoud op. Als er wat maaginhoud in het spuitje komt, mag je ervan uitgaan dat de sonde nog in de maag zit. Maar als je geen maaginhoud opzuigt, wil dat nog niet zeggen dat de sonde niet in de maag zit. De sonde kan ook op een lege plek in de maag zitten waar net geen maaginhoud is.

Een volgende manier is met een spuit met lichte druk wat lucht in de maag te spuiten en tegelijkertijd met een stethoscoop op de maag te luisteren of het hoort borrelen. Als je dat hoort, zit de sonde nog in de maag. Als beide methodes geen resultaat opleveren, kun je de cliënt vragen op zijn zij te gaan liggen. Probeer daarna beide methodes nog een keer. Raadpleeg een arts of verpleegkundige als ook dit geen resultaat oplevert of als je twijfelt.

De meest betrouwbare manier is een systeem om de PH-waarde (zuurgraad) van maaginhoud te bepalen met een strip. Deze systemen zijn echter vooral in gebruik in ziekenhuizen. Als jouw instelling wel een dergelijk systeem heeft, is er ook een duidelijke gebruiksinstructie bij.

De werkwijze

Nadat je bepaald hebt of de sonde daadwerkelijk in de maag zit, ga je bij zwaartekrachtssystemen als volgt te werk:

- overtuig je van de juiste soort voeding en de dosering;
- verzamel de materialen die je nodig hebt: voeding, systeem, standaard, spuit, klemmetjes, verbindingstukjes enzovoort;
- was je handen en trek wegwerphandschoenen aan als dat gebruikelijk is in je instelling;
- open de verpakking van het systeem en draai de bijspuitopening dicht; bij een rolregelklem ook die dichtdraaien;
- sluit het systeem aan op de verpakking van de sondevoeding;
- hang de verpakking en het systeem aan de standaard;
- knijp in de druppelkamer totdat die voor 1/3 gevuld is;
- neem het afsluitdopje aan het eind van het systeem weg (terwijl je het uiteinde omhoog houdt);
- draai de rolregelklem open en laat het systeem zich vullen, draai daarna de rolregelklem weer dicht;
- sluit nu het systeem aan op de sonde en draai vervolgens de rolregelklem weer voorzichtig open tot de juiste toedieningssnelheid is bereikt;
- controleer of het systeem en de sonde nergens afgekneld worden;
- informeer bij de cliënt naar bijzonderheden;
- ruim de spullen op die je niet meer nodig hebt en controleer verder regelmatig of de dosering nog naar wens verloopt.

Bij een pompsysteem sluit je de pomp aan nadat je de verpakking met het systeem aan de standaard hebt gehangen. Hoe het daarna gaat, is afhankelijk van het soort pomp. Maar het principe blijft gelijk: als het systeem via de pomp helemaal gevuld is, zet je de pomp af en sluit het systeem aan op de sonde. Daarna zet je de pomp weer aan en stelt hem in op de gewenste dosering.

Let op: sommige pompsystemen hebben ook nog een rolregelklem. Die zet je helemaal open als de pomp op het systeem is aangesloten.

Doorspuiten van de neussonde

Om een goede doorgang te bevorderen moet de neussonde regelmatig worden doorgepoeld met een spuit met lauw water. Dit kan op twee manieren:

- rechtstreeks op de neussonde;
- via de bijspuitopening van het toedieningssysteem.

Neem in beide gevallen een spuit van 20 ml en een bakje met lauw water. Als je het doorspuiten direct op de neussonde doet, zet je eerst de pomp op pauze en/of doe je de rolregelklem dicht. Ontkoppel het systeem en sluit de spuit aan op de sonde nadat je eerst 20 ml lauw water hebt opgetrokken. Spuit de sonde met lichte druk door. Daarna verwijder je de spuit, sluit je het systeem weer aan en start je de pomp en/of draai je de rolregelknop weer open tot de gewenste dosering.

Je kunt het doorspuiten ook doen via de bijspuitopening van het systeem. Ook in dat geval zet je eerst de pomp op pauze of draai je de rolregelklem dicht. Verbind dan de spuit met de inspuitopening en spuit hem met lichte druk leeg. Daarna sluit je de opening weer af, haalt de spuit eraf en zet je de pomp weer aan of de rolregelklem weer open tot de gewenste dosering.

Bijverschijnselen van sondevoeding

Behalve de eerder genoemde droogte van mond en lippen kunnen misselijkheid en braken een bijverschijnsel zijn van sondevoeding. Dit treedt vaak alleen in het begin op als iemand pas sondevoeding krijgt. Oorzaken kunnen zijn: te koude voeding, teveel voeding tegelijk of een verkeerde ligging van de sonde. Raadpleeg een arts als deze factoren niet de oorzaak zijn en iemand toch misselijk blijft.

Door dezelfde oorzaken kan ook diarree optreden. In dat geval moet je, vooral bij ouderen en kinderen, extra alert zijn op vochttekort. Dit kan uitdroging veroorzaken. Extra vocht is dan noodzakelijk; via de sonde of gewoon drinken als dat mag van de arts.