

WUNDVERSORGUNG

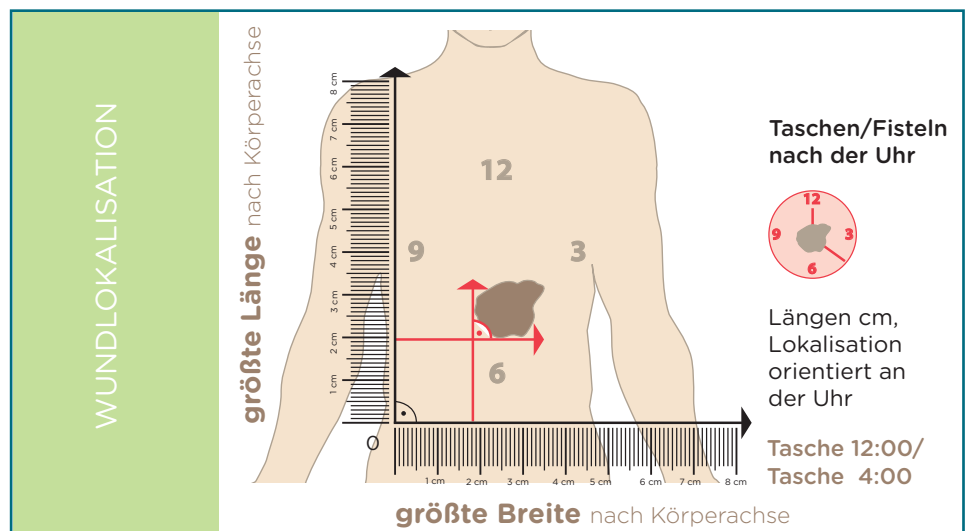
Wunddokumentation

Die Einschätzung der Wunde muss eindeutig, nachvollziehbar und verständlich aus der Dokumentation hervorgehen. Eine Einschätzung der aktuellen Wundverhältnisse erfolgt in individuell festzulegenden Abständen, spätestens jedoch nach 4 Wochen (Quelle: 1. Aktualisierung 2015 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden) und bei Veränderung der Wundbedingungen. Infizierte Wunden werden bei jedem Verbandwechsel beurteilt. Die Beurteilung der Wundumgebung erfolgt täglich, z. B. bei trockenen Fersennekrosen.

Kriterienliste für eine wundspezifische Dokumentation

WICHTIGER HINWEIS:

Eine Fotografie ist kein Ersatz für eine schriftliche Dokumentation! Sie kann lediglich zur Unterstützung eingesetzt werden und muss strikt standardisiert erfolgen. Eine Einwilligung des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters muss vorliegen.



<u>Medizinische Diagnose</u>	mit Grunderkrankung u. Wundart/Schweregrad (z. B. Dekubitus Klassifizierung 2); bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen
<u>Wundlokalisierung</u>	siehe Darstellung oben
<u>Wunddauer</u>	Zeit vom Auftreten der <u>Wunde</u> bis zur aktuellen Einschätzung
<u>Rezidivzahl</u>	und ggf. rezidivfreie Zeit
<u>Wundgröße</u>	Länge x Breite x Tiefe in cm Zusätzlich <u>Taschen, Fisteln, Unterminierung</u> mit Länge und Ausrichtung nach der Uhrmethode
<u>Wundgrund</u>	Angabe der Gewebearten, die die <u>Wunde</u> dominieren: Granulations-, Epithelgewebe, Fibrin, Nekrose, Muskel, Faszie, Sehne, Knochen, Fettgewebe, Dermis
<u>Wundrand</u>	z. B. intakt, nekrotisch, unterminiert, wulstig, mazeriert
<u>Exsudat</u>	Qualität: z. B. trübe, serös, blutig, eitrig, dickflüssig Quantität: z. B. kein, wenig, viel
<u>Wundgeruch</u>	ja/nein
<u>Wundumgebung</u>	z. B. Rötung, Schwellung, Mazeration, trockene Haut, Feuchtigkeit, Farbe, Wärme
<u>Infektionszeichen</u>	Rötung, Überwärmung, Schwellung, Schmerz, Funktionseinschränkung, Zunahme und/oder farbliche Veränderung vom <u>Exsudat</u> , Geruch
<u>Wundschmerz</u>	
<u>bei chronischen Wunden zusätzlich</u>	individuelles Krankheitsverständnis; Lebensqualität (Körperbildstörungen, Ängste); Einschätzung zu wund- und therapiebedingten Einschränkungen Selbstmanagementkompetenz des Menschen; Mobilitätseinschränkungen

Standard hygienischer Wundverband

WICHTIGE HINWEISE:

Jede Wunde ist steril zu behandeln und darf nicht mit bloßen Händen berührt werden (Non-Touch-Technik)

Händedesinfektion vor Beginn des Verbandwechsels, nach dem Reinigen der Wunde (inkl. Handschuhwechsel) und abschließend nach dem Verbandwechsel!

wesentliche Therapieprinzipien:

Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum in Kombination mit Bewegung. Druckentlastung und Bewegungsförderung bei allen chronischen Wunden.

GRUNDSÄTZLICHES:

EIN WUNDVERBAND BEDARF EINER ÄRZTLICHEN ANORDNUNG. LIEGT DIESE NICHT VOR, DARF DIE WUNDE NUR MIT STERILEN KOMPRESSEN ABGEDECKT WERDEN.

- Ein von Wundsekret oder Blut durchnässter Verband muss erneuert werden.
- Die Wundumgebung muss täglich auf Infektionszeichen inspiziert werden, auch wenn kein täglicher Verbandwechsel erforderlich ist.
- Bei Bedarf sollte vor dem Verbandwechsel die Schmerzmedikation nach Arztanordnung verabreicht werden.
- Bei infizierten Wunden keine Verbandstoffe verwenden, die die Wunde abdichten z. B. Hydrokolloide.
- Wunden dürfen nicht auskühlen und benötigen während der Wundheilung ein feucht-warmes Klima.
- Viele Verbandstoffe dürfen nur mit sterilen Materialien, z. B. Scheren geschnitten werden und müssen für den direkten Wundkontakt steril sein. Herstellerangaben beachten.
- Wundspüllösungen dürfen nur nach Herstellerangaben wiederverwendet werden, NaCl/Ringer ist nach dem Anbruch zu verwerfen, Leitungswasser darf nur mit einem speziellen Filter verwendet werden.
- Eine angepasste Hautpflege und bei Bedarf der Einsatz eines Hautschutzes ergänzt die Wundversorgung, z. B. Pflege trockener Haut mit Urea-Präparaten oder Wundrandschutz vor Aufweichung mit transparentem Hautschutzfilm.

DURCHFÜHRUNG

1. Vorbereitung: Ablauf planen in Rücksprache mit dem Betroffenen, ggf. Schmerzmedikation verabreichen, Spülflüssigkeit anwärmen, Material und Arbeitsfläche vorbereiten.
 - **Hände desinfizieren und Handschuhe anziehen**
2. Wundaufgabe schonend vom Rand her ablösen, ggf. angetrocknete Verbände vorher anfeuchten.
3. Verbandmaterial, das in Wundtaschen eingebracht war mit steriler Pinzette entfernen.
4. Inspektion der Wundaufgabe (Menge Exsudat, Farbe, Geruch)
5. Wunde reinigen mit sterilen Kompressen und körperwarmer Spülflüssigkeit oder Antiseptikum.
 - **Hände desinfizieren und Handschuhe wechseln**
6. Beurteilung der Wundverhältnisse, ggf. Fotodokumentation.
7. Phasengerechte Wundversorgung nach ärztlicher Anordnung: Wundaufgabe spannungsfrei und ohne Druck/Zug anbringen - Herstellerangaben beachten, ggf. Tamponade mit steriler Pinzette vorsichtig einlegen. Der primäre Verbandstoff sollte immer Kontakt mit dem Wundgrund haben.
8. Nicht klebende/selbsthaftende Wundaufgaben mit Sekundärverband fixieren.
 - **Müll entsorgen, Handschuhe ausziehen und anschliessend wieder Hände desinfizieren**
 - **Dokumentation des Wundverbandes mit Datum, Handzeichen, Wundbeschreibung und Heilungstendenz**