



Scoringslijst voor de praktijk

3. TRAUMATISCHE WONDBEHANDELING

Algemene gegevens

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| <i>Classificatiecode(s)</i> | : | S18, S54, S55 |
| <i>Doelstelling</i> | : | Toetsen of de huisarts in staat is op correcte wijze een traumatische wond te beoordelen en te behandelen. |
| <i>Auteur</i> | : | werkgroep Vaardigheden SVUH |
| <i>Datum laatste correctie</i> | : | februari 2005 |

Literatuur

- Kunz MG. Kleine Chirurgie. Utrecht: Bunge, 1988.
- Protocollen specifieke verrichtingen. Utrecht: LHV, 1991.
- Keeman JN. Kleine chirurgische ingrepen. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.
- Leeuwenberg A. Chirurgische ingrepen in de huisartspraktijk. Amsterdam: Boom/Belvedere, 1997.
- Stone CK, Humphries RL. Current emergency diagnosis & treatment. New York: Lange/Mc Graw Hill, 2004, hoofdstuk 30 (woundmanagement).
- Quinn J, Cummings S, Callahan M, Sellers K. Suturing versus conservative management of lacerations of the hand: randomised controlled trial. BMJ 2002; 325: 299-302.
- Landelijk Coördinatiecentrum Infectieziekten. Tetanus protocol 2004. www.infectieziekten.info.
- Bull MJV, Gardiner P. Surgical procedures in primary care. An illustrated guide. Oxford: Oxford University Press, 1995.

Informatie over het gebruik van de scoringslijst voor de praktijk

Doel

Deze scoringslijst toetst de bekwaamheid ten aanzien van het beoordelen en behandelen van traumatische wonden in de huisartspraktijk. De scoringslijst geeft richting aan de observatie en feedback en kan gebruikt worden als een educatief toetsingsinstrument in de praktijk.

De huisarts (in opleiding) voert een volledig consult met de patiënt(e) gericht op het beoordelen en behandelen van traumatische wonden en handelt zoveel mogelijk zoals hij/ zij dat gewend is te doen.

Informatie voor de observator

De scoringslijst bestaat uit een algemeen gedeelte, dat van toepassing is op alle ongevalwonden die zich in de huisartspraktijk voordoen. Bij elk item staan zaken aangegeven die van belang zijn voor het beoordelen van de verrichtingen op dat item. Per subitem kunt u aangeven of het betreffende onderdeel niet/fout/goed gedaan is. In de toelichting wordt nadere informatie en onderbouwing gegeven.

Een aantal specifieke verrichtingen bij de wondbehandeling worden nader uitgewerkt in meer gedetailleerde scoringslijsten. Het gaat daarbij om wondtoilet en wondhechting.

Als aanvulling op de scoringslijst is ook een meer globale beoordelingslijst opgenomen, de zogenaamde korte klinische beoordeling (KKB). De KKB richt zich op de kerncompetenties van de huisarts in patiënten contacten, en heeft een globaal karakter. De beoordeling kan daardoor in verschillende situaties worden gebruikt. De combinatie van meerdere KKB's geeft inzicht in het handelen van de huisarts. De scorelijst is er meer op gericht **dat** iets gedaan wordt, de KKB geeft de mogelijkheid aan te geven **hoe** het gebeurt. Voor de scoring wordt gebruik gemaakt van een schaal 1-9, zoals ook bij de oorspronkelijke beschrijving gehanteerd wordt.

Neem de tijd om de arts-in-opleiding tot huisarts feedback te geven. Dit wordt zeer gewaardeerd. Wees daarbij tactvol en positief in de benadering. Betreffende persoon stelt zich immers kwetsbaar op door zich te laten observeren. De scoringslijst heeft in de eerste plaats een **educatief** doel en is geen examen.

De arts-in-opleiding tot huisarts kan de ingevulde scoreformulieren opnemen in zijn/haar portfolio en gebruiken bij planning en evaluatie van zijn/ haar vaardighedenonderwijs(-doelen).

Toelichting scoringslijst voor de praktijk

item 1: Wondanamnese

Tijdstip van verwonding is van belang i.v.m. de Friedreichse periode (6 uur). Wonden ouder dan 6 uur moeten opengelaten worden i.v.m. een toegenomen risico op wondinfectie bij sluiting. De weerstand van het weefsel tegen infectie is gerelateerd aan de doorbloeding en mate van weefselbeschadiging. Bij wonden in goed doorbloedde weefsels, zoals in het gelaat, kan ook na het verstrijken van de periode nog veilig primair gesloten worden.

Plaats van verwonding i.v.m. mogelijke contaminatie wond. Contact met aarde, speeksel, pus, poep?

Aard van de verwonding. Ernstige weefselbeschadiging (in de diepte) is te verwachten bij electriciteitletsel, brandwonden, schotwonden, fracturen, scheur- en kneuswonden. Bij snij-, steek- en schaafwonden is de beschadiging gering. Vooral schot- en steekwonden kunnen beschadiging in de diepte geven van zenuwen, pezen, bloedvaten. Bijtwonden van mens of dier geven grote kans op wondinfectie en mogen niet primair gesloten worden. Is er kans op achtergebleven corpora aliena (splinters)?

Algemene factoren. Zijn er factoren die de wondgenezing beïnvloeden (hoge leeftijd, diabetes mellitus, circulatieproblemen, medicatie, etc).

Tetanus-immunisatie. Risico op tetanus is verhoogd bij wonden die sterk vervuild zijn met aarde of poep, veel weefselbeschadiging en uitgestelde zorg (langer dan 24 uur). Indicatie: bij elke niet-chirurgische wond afweging maken of toxoid (en eventueel immunoglobine) toegediend moet worden. Volledig gevaccineerde, immunocompetente volwassenen ontvangen eenmalige booster met toxoid, indien langer dan tien jaar geleden. Mannen geboren vóór 1936 en vrouwen geboren vóór 1950, die volledig gevaccineerd zijn zonder documentatie, worden als niet volledig gevaccineerd beschouwd en ontvangen eenmalig tetanusimmunoglobine en toxoid. Overige niet volledig gevaccineerden ontvangen tetanusimmunoglobine en de ontbrekende vaccinaties. Immuno-incompetente personen ontvangen immunoglobine en volledige vaccinatieschema, ongeacht vaccinatiestatus. Kinderen tetanusimmunoglobine en ontbrekende DKTP vervroegd via CB.

item 2: Onderzoek

Het is van groot belang om de wond zorgvuldig te inspecteren op mogelijke beschadiging van dieper liggende structuren. Vaatletsel blijkt doorgaans uit (pulserend) bloedverlies. Dit bloedverlies dient gecontroleerd te worden ten behoeve van verdere inspectie. Sensibiliteit en motoriek dienen nauwkeurig onderzocht te worden voor eventueel anesthesie wordt gegeven. Overweeg of er risico is op beschadiging van pees- of gewrichtskapsel.

item 3: Evaluatie

In de huisartspraktijk kunnen oppervlakkige traumatische wonden goed behandeld worden. Indien er sprake is van bijkomend letsel, is eerste hulp aangewezen en wordt de patiënt voor verdere behandeling naar het ziekenhuis verwezen.

Als de wond 'schoon' is (eventueel na wondtoilet) is er de mogelijkheid van primaire wondsluiting met hechting, wondlijm of strips. Voor het gebruik van wondlijm/strips mag geen spanning op de wondranden staan, hetgeen zich uit in wijken van de wond (als grens wordt 3 cm en wijken van 0.5 cm aangehouden). Bij kneuswonden geen wondlijm gebruiken in verband met verhoogd risico op infectie. Bij item 4 wordt de correcte techniek beschreven.

Toelichting scoringslijst (vervolg)

Indien er twijfel bestaat (wond langer dan 6 uur bestaand) heeft wondtoilet en uitgestelde primaire sluiting de voorkeur. Het is overigens ook heel verantwoord om wonden secundair te laten genezen. Het resultaat is cosmetisch én functioneel gelijkwaardig.

Contra-indicatie voor behandeling in de huisartspraktijk betreft alle gecompliceerde wonden en een verhoogd risico op wondcomplicaties vanwege algemene of lokale factoren. Bij wonden aan het gelaat (cosmetisch) en de handen (functioneel) dient een goede afweging te worden gemaakt of specialistische behandeling niet de voorkeur heeft.

item 4: Wondbehandeling

Bijzondere wonden:

Hoofdwonden. Zeer goede genezingstendens. Sluit oppervlakkige wonden met lijm of strips. Indien de subcutis ook flink open ligt, kan de wond beter gehecht worden (dunne draad 5-0).

Kleinere wonden op het behaarde hoofd kunnen eventueel gesloten worden door bundeltjes haar aan elkaar te knopen.

Bijtwonden. Berucht voor infectiegevaar. Wondtoilet, vochtig verband twee dagen, rust. Overweeg omsnijding (stans!). Bijtwonden in het gelaat vormen een uitzondering, die dienen wel direct gesloten te worden. Overweeg antibiotica profylaxe. Dit wordt aangeraden voor bijtwonden in de hand. Verwonding met een vlees- of vismes is ook een indicatie voor antibiotica-profylaxe.

Grotere wonden of wonden met lekkage. Meestal heeft het de voorkeur om uitgestelde primaire wondsluiting te verrichten, maar overweeg partiele sluiting met gebruik van een drain. Als drain kan gebruik gemaakt worden van een stukje handschoen. De hechtingen worden daar overheen gelegd. Laat de drain 1-2 cm uitsteken op het laagste punt en fixeer eventueel met een extra hechting. Eventueel dagelijks douchen. Afhankelijk van de wondsecretie na een tot vier dagen de drain verwijderen.

Vieze wonden. Overweeg excisie van de wond en uitgestelde primaire hechting (als de wond na vijf dagen schoon is en granuleert) of secundaire wondgenezing.

Oppervlakkige wonden (schaafwonden, excoriaties). Wondtoilet en afdekken met beschermend wondverband dat niet aan wond hecht (vetgazen, hydrocolloid).

Bij het gebruik van *wondlijm* dient de huid schoon en droog te zijn. Het topje van de ampul wordt zodanig geopend dat de lijm druppelsgewijs aangebracht kan worden. De wondranden worden geadapteerd, zodat ze tegen elkaar liggen. De wondlijm wordt druppelsgewijs aangebracht op de geadapteerde wondranden en vormt daarop een afsluitende laag. Houd wondranden tegen elkaar tot lijm is opgedroogd. Zorg ervoor dat de wondlijm niet aangeraakt wordt tijdens het opdrogen. Sluit de tube na gebruik goed af.

item 5: Nazorg

Het wondverband dient om enerzijds het binnendringen van bacteriën te voorkomen en anderzijds wondvocht te absorberen. (Dit verband kan blijven zitten tot het moment van verwijdering van de hechtingen, als het droog en schoon blijft. Na 48 uur zijn de wondranden zo stevig verkleefd dat bacteriën niet meer binnen kunnen dringen. Daarna kan eventueel met een gewone pleister volstaan worden). Indien de wond nog nabloedt, kan een wondverband bovendien ook dienen om de bloeding tot staan te brengen (dit verband dient na maximaal 24 uur verwijderd te worden). Bij toepassing van wondlijm is een wondverband in principe niet nodig, omdat de wondlijm de wond afsluit.

Toelichting scorelijst (vervolg)

Oppervlakkige (schaaf)wonden kunnen behandeld worden met vetgazen of hydrocolloid. Voor open wond behandeling zijn allerlei verbandmiddelen beschikbaar. Op basis van de WCS-classificatie (zwart-geel-rood) en mate van wondvochtproductie hebben verschillende producten de voorkeur (zie scoringslijst chronische wondbehandeling nr 30 (*in voorbereiding*)).

Het verband dient zodanig aangelegd te worden dat de functies (voorkomen binnendringen bacteriën; absorptie wondvocht, eventueel hemostase) vervuld kunnen worden. Het verband moet dus groot genoeg zijn, goed aansluiten op het wondoppervlak (geen dode ruimtes) en adequaat gefixeerd worden (zo nodig drukkend ten behoeve van hemostase).

Instructie: wond droog en schoon houden, rust geven aan de wond, eventuele hechtingen verwijderen na correcte periode, afhankelijk van plaats hechting (richtlijn: gelaat 5 tot 7 dagen, behaarde hoofd 7 tot 10 dagen, romp en extremiteiten 10 tot 14 dagen). Instructie over eventueel wondverband (wanneer mag het eraf, noodzaak om te wisselen). Bij toenemende kloppende pijn, roodheid, koorts, lokale warmte of pussige uitvloed eerder terugkomen.

item 6: Werkorganisatie

De patiënt dient bij voorkeur liggend behandeld te worden.

item 7: Hygiëne en veiligheid

Handen wassen is een basale (en belangrijke) hygiënische gewoonte. De materialen en wond dienen 'schoon' behandeld te worden. Strikte asepsis is niet noodzakelijk. Het gebruik van handschoenen dient zowel de eigen bescherming als die van de patiënt. Gebruik van steriele handschoenen is niet noodzakelijk. Efficiënt gebruik van de materialen is onderdeel van doelmatig handelen. De naalden gebruikt voor verdoving en hechten, dienen in de speciale afvalcontainer te worden opgeborgen.

3A Wondtoilet

item 1: Het gaas is om het wondgebied te beschermen (en eventueel te verdoven).

item 2: Zeep is cytotoxisch, laat het dus niet in de wond lopen. Hetzelfde geldt voor desinfectantia.

item 3: Desinfectie moet voldoende tijd kunnen inwerken om werkzaam te kunnen zijn. Als vuistregel wordt aangehouden dat tenminste een minuut na aanbrengen, wordt gewacht. Desinfecteer vanaf de wondranden naar perifeer. Kleurloze middelen hebben het voordeel dat ze de wondomgeving niet verkleuren. Een alternatief vormt povidon jodium in alcohol. Houdt rekening met mogelijke allergie.

item 5: Hemostase kan bereikt worden door tijdelijk een klemmetje op het spuitertje te zetten, het betreffende bloedvat te coaguleren, te onderbinden of te omsteken.

Toelichting scoringslijst (vervolg)

3B Wondsluiting met hechtingen

- item 1: Er is discussie mogelijk over het nut van desinfectie in de huisartspraktijk. In het algemeen is het risico op wondinfecties gering in vergelijking met het ziekenhuis. Toch acht de werkgroep het gewenst dat de huisarts de kennis en vaardigheid heeft om desinfectie toe te passen, zoals ook beschreven in de Protocollen Specifieke Verrichtingen van de LHV. In de instructie aan de kandidaat is daarom ook uitdrukkelijk opgenomen dat de wond gedesinfecteerd moet worden. In het algemeen is ruime desinfectie aan te bevelen. Tenminste het gebied van de huid rondom de wond dat niet door de gatdoek of gazen wordt afgedekt, dient gedesinfecteerd te worden.
- item 2: Bij een wond heeft in het algemeen lidocaïne met adrenaline de voorkeur omdat daarmee de hoeveelheid bloedverlies minder is en het anestheticum effectiever werkt. Ook kan zo nodig een grotere hoeveelheid anestheticum gebruikt worden zonder risico op systemische effecten. Gebruik bij de extremiteiten (vingers, tenen) geen adrenaline-toevoeging. Verdere (relatieve) contra-indicaties voor gebruik van een anestheticum met adrenaline zijn: slechte circulatie (diabetes, arteriosclerose), hartritmestoornissen, hyperthyreoïdie, hypertensie en medicatie (tricyclische antidepressiva, MAO-remmers, β -blokkers). De hoeveelheid van het anestheticum is afhankelijk van de wondgrootte. In het algemeen is 5-10 cc voldoende voor infiltratieanesthesie. Teveel anestheticum is overbodig en bemoeilijkt het hechten vanwege opzwellen van de weefsels. Vóór het opzuigen van het anestheticum dient het dopje 'ontsmet' te worden. Het gebruik van verschillende naalden voor opzuigen en infiltreren is op zichzelf correct, maar in de praktijk zal vaak dezelfde naald worden gebruikt. Voor de infiltratie dient de naald een voldoende lengte te hebben om de wondranden te infiltreren met zo min mogelijk insteekopeningen. De dunst mogelijke naald heeft dan de voorkeur, maar ook andere dikten zijn correct.
- item 3: *Techniek infiltratieanesthesie.*
Anesthesie met insteekopeningen buiten de wond heeft de voorkeur boven anesthesie vanuit de wond, vanwege de kans op verspreiding van de infectie in verband met contaminatie van de wond. Al spuitend dient het anestheticum gelijkmatig verdeeld te worden, parallel aan de wondrand vlak onder de huid.
Techniek geleidingsanesthesie
De correcte insteekplaats voor de injectie is aan de basis van de vinger of teen. Alvorens het anestheticum depot te leggen (0,5 ml per depot) dient eerst geaspireerd te worden om te voorkomen dat intravasculair wordt gespoten.
- item 4: Voor het afdekken van de omgeving van de wond heeft een gatdoek de voorkeur, maar die zal in veel praktijken ontbreken. Met doeken of gazen kan ook correct afgedekt worden. Afhankelijk van de plaats van de wond en wondgrootte is de keuze van atraumatisch hechtmateriaal met een dikte van 3-0, 4-0 of 5-0 goed. Met 5-0 zullen vaak wel meer hechtingen gelegd moeten worden. Hechtmateriaal met een dikte van 2-0 is te dik. (De kronkels in de draad zijn eventueel voor het hechten te verwijderen door de draad even op te rekken).

Toelichting scoringslijst (vervolg)

- De verantwoording van de keuze voor het chirurgisch pincet is dat deze een betere grip op het weefsel geeft en minder kans op weefselbeschadigingen. De dubbele punt van de pincet is bedoeld voor de buitenzijde en de enkele punt voor de wond, omdat dit minder weefselbeschadiging geeft. Dit aspect wordt echter niet in de beoordeling betrokken.
- item 5: De naald dient ongeveer 1/2 (tot 1/3) vanaf de draadkant in de naaldvoerder geklemd te worden. Halverwege heeft de voorkeur omdat de kans op ombuigen van de naald groter wordt naarmate deze dichterbij de draad in de naaldvoerder is geklemd.
De naaldpunt dient bij het insteken loodrecht op de huid geplaatst te worden. Afhankelijk van de diepte van de wond kan zowel in één als twee tempi gehecht worden. Bij het hechten in twee tempi wordt de naald eerst vanuit de insteekopening doorgehaald tot de wondbodem. Vervolgens wordt vanuit de wondbodem de naald zodanig doorgehaald dat deze aan de andere zijde tegenover de insteekopening uitkomt. Bij de eenvoudige chirurgische hechting wordt de draad vervolgens geknoopt. Bij de donati-hechting, wordt de naald eerst nog oppervlakkig door de huid gestoken, vlakbij de wondranden, en wordt vervolgens de knoop gelegd (op de insteekopening).
- item 6: Er worden per hechting drie knopen gelegd. Eerst wordt een chirurgische knoop (twee slagen) gelegd en vervolgens twee enkele knopen. De laatste knoop moet in tegengestelde richting van de voorgaande knoop gelegd worden. De knoop wordt op insteekopening gelegd. De knoop wordt voldoende strak aangetrokken. Zowel knopen met de naaldvoerder als met de vingers is goed, maar voor efficiënt gebruik van materialen is gebruik van de naaldvoerder aan te bevelen.
- item 7: De hechting mag niet insnijden in de huid. Dit geeft afknelling van de microcirculatie en daardoor slechtere wondgenezing. De wondranden dienen goed geapproximeerd te zijn. Dode ruimte vergroot het gevaar van infectie/vertraagde wondgenezing.

Scoringslijst voor de praktijk

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

| | niet gedaan | fout gedaan | goed gedaan |
|--|----------------|----------------|----------------|
| 1. Wondanamnese | | | |
| - Wanneer is het gebeurd? | 0 | 0 | 0 |
| - Waar is het gebeurd? | 0 | 0 | 0 |
| - Hoe is het gebeurd? | 0 | 0 | 0 |
| - Algemene factoren die wondgenezing beïnvloeden | 0 | 0 | 0 |
| - Tetanus immunisatie status | 0 | 0 | 0 |
| - Vraagt naar allergie (desinfectans, anestheticum, tape) | 0 | 0 | 0 |
| 2. Onderzoek | | | |
| - Grootte en diepte van de wond, wondranden | 0 | 0 | 0 |
| - Uitgebreidheid van het letsel, weefselbeschadiging | 0 | 0 | 0 |
| - Beschadiging neurovasculair, pees, bot, gewrichtskapsel | 0 | 0 | 0 |
| - Contaminatie | 0 | 0 | 0 |
| - Corpus alienum | 0 | 0 | 0 |
| 3. Evaluatie | | | |
| - Is de wond ongecompliceerd? | 0 | 0 | 0 |
| - Is de wond schoon? | 0 | 0 | 0 |
| - Is primaire wondsluiting wenselijk? | 0 | 0 | 0 |
| - Welke mogelijkheden zijn er voor behandeling? | 0 | 0 | 0 |
| - Zijn er contra-indicaties voor behandeling in de huisartspraktijk? | 0 | 0 | 0 |
| 4. Wondbehandeling | | | |
| - Correcte keuze van wondbehandeling | 0 | 0 | 0 |
| - Adequate uitvoering van behandeling | 0 | 0 | 0 |
| 5. Nazorg | | | |
| - Adequate keuze van wondverband | 0 | 0 | 0 |
| - Correcte aanleg van wondverband | 0 | 0 | 0 |
| - Correcte instructie nazorg wond | 0 | 0 | 0 |

Scoringslijst voor de praktijk (vervolg)

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

| | niet gedaan | fout gedaan | goed gedaan |
|--|----------------|----------------|----------------|
| 6. Werkorganisatie | | | |
| - Zorgt dat materialen klaarliggen | 0 | 0 | 0 |
| - Correcte positionering patiënt | 0 | 0 | 0 |
| - Zorgt voor goede verlichting werkveld | 0 | 0 | 0 |
| - Werkt handelingen in correcte volgorde af | 0 | 0 | 0 |
| - Maakt efficiënt gebruik van materialen | 0 | 0 | 0 |
| - Zorgt dat na ingreep materialen worden opgeruimd | 0 | 0 | 0 |
| - Reageert adequaat op eventuele onverwachte ontwikkelingen | 0 | 0 | 0 |
| 7. Hygiëne en veiligheid | | | |
| - Wast handen voorafgaand aan behandeling | 0 | 0 | 0 |
| - De materialen worden schoon behandeld | 0 | 0 | 0 |
| - De omgeving van de wond wordt adequaat afgedekt | 0 | 0 | 0 |
| - De wond wordt schoon behandeld | 0 | 0 | 0 |
| - De naalden e.a. scherpe materialen worden op correcte wijze opgeborgen | 0 | 0 | 0 |
| - Gaat correct om met materialen (gazen, instrumentarium) | 0 | 0 | 0 |
| - Gebruikt handschoenen | 0 | 0 | 0 |

Algemene indruk (0-10):

Opmerkingen:

Scoringslijst Korte Klinische Beoordeling

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

| | onvoldoende | | | matig | | | goed | | | niet geobserveerd |
|--|-------------|---|---|-------|---|---|------|---|---|----------------------|
| 1. Anamnese (zie ook item 1 t/m 6) Stimuleert patiënt om klachten te vertellen. Stelt adequaat vragen en geeft adequaat aanwijzingen om de noodzakelijke informatie te verkrijgen. Reageert adequaat op emotie en non-verbale signalen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 2. Lichamelijk onderzoek (zie ook item 7 t/m 12) Houdt logische en efficiënte volgorde aan; kiest een goed evenwicht tussen algemeen en hypothesegericht onderzoek; informeert de patiënt; is attent op de belasting voor de patiënt en diens gène. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 3. Probleemanalyse, klinisch redeneren (zie ook item 13 en 14) Adequaat en selectief gebruik van diagnostische procedures en aanvullend onderzoek met goede afweging van risico's en opbrengst. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 4. Beleid (zie ook item 15) Formuleert (zo mogelijk evidence based) adequaat beleid, noodzakelijke begeleiding, indicaties voor nader onderzoek en/of verwijzing. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 5. Communicatie met de patiënt, informatieoverdracht Geeft in voor patiënt begrijpelijke bewoordingen uitleg, vraagt om instemming waar nodig, overlegt over het te voeren beleid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 6. Organisatie en efficiëntie Organiseert adequaat, bewaakt de tijd, is doelmatig. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 7. Professioneel gedrag Toont respect, betrokkenheid en empathie. Genereert vertrouwen bij patiënt. Reageert adequaat op ongemak en gène. Bewaakt adequaat eigen grenzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |

Scoringslijst voor de praktijk 3A

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator:

Kandidaat :

| | niet gedaan | fout gedaan | goed gedaan |
|--|----------------|----------------|----------------|
| 3A. Wondtoilet | | | |
| 1. Dekt het wonddefect af met gaas (evt gedrenkt in lidocaine) | 0 | 0 | 0 |
| 2. Reinigt zo nodig de wondomgeving (met water en zeep, verwijdert corpora aliena, scheert zo nodig haren weg) | 0 | 0 | 0 |
| 3. Desinfecteert wondranden en omgeving | | | |
| - Vermijdt contact desinfectans met wond (cytotoxisch) | 0 | 0 | 0 |
| - Laat desinfectans voldoende tijd inwerken (tenminste 1 minuut) | 0 | 0 | 0 |
| 4. Geeft z.n. correcte aanvullende anesthesie (infiltratie of geleiding) | | | |
| - Controleert of anesthesie adequaat is | 0 | 0 | 0 |
| 5. Wondtoilet | | | |
| - Begint met adequate hemostase | 0 | 0 | 0 |
| - Controleert op en verwijdert evt. corpora aliena met pincet | 0 | 0 | 0 |
| - Controleert op en verwijdert z.n. avitaal weefsel | 0 | 0 | 0 |
| - Zo nodig adequate excisie wond(randen) | 0 | 0 | 0 |
| - Controleert (nog eens) op beschadiging diepere structuren | 0 | 0 | 0 |
| - Spoelt wond uit met NaCl 0.9% of kraanwater | 0 | 0 | 0 |

Algemene indruk (0-10):

Opmerkingen:

Scoringslijst voor de praktijk 3B

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator:

Kandidaat :

| | niet gedaan | fout gedaan | goed gedaan |
|--|----------------|----------------|----------------|
| 3B. Wondsluiting met hechtingen | | | |
| 1. Desinfecteert wondranden op correcte wijze | | | |
| - Centrifugaal vanuit wond | 0 | 0 | 0 |
| - Laat desinfectans voldoende tijd inwerken (tenminste 1 minuut) | 0 | 0 | 0 |
| - Vermijdt contact desinfectans met wond (cytotoxisch) | 0 | 0 | 0 |
| 2. Materialen voor anesthesie | | | |
| - Kiest correcte anestheticum | 0 | 0 | 0 |
| - Kiest correcte spuit | 0 | 0 | 0 |
| - Kiest juiste naald voor infiltratie | 0 | 0 | 0 |
| - Desinfecteert afsluitdop anestheticum | 0 | 0 | 0 |
| 3. Kiest adequate vorm van anesthesie | 0 | 0 | 0 |
| Techniek infiltratieanesthesie | | | |
| - Insteekopening buiten wond in de lengteas van de wond | 0 | 0 | 0 |
| - Infiltratie parallel aan wondrand | 0 | 0 | 0 |
| - Infiltratie vlak onder de huid (subcutaan) | 0 | 0 | 0 |
| - Beide wondranden worden volledig geïnfilteerd | 0 | 0 | 0 |
| Techniek geleidingsanesthesie | | | |
| - Desinfecteert injectieplaatsen | 0 | 0 | 0 |
| - Correcte insteekplaats | 0 | 0 | 0 |
| - Correcte plaatsing van injecties (dorsaal en volair) | 0 | 0 | 0 |
| - Correcte hh anestheticum (0,5 ml per injectie) | 0 | 0 | 0 |
| - Aspireert alvorens depot te plaatsen | 0 | 0 | 0 |
| 4. Correcte materialen voor hechten wond | | | |
| - Schone doek / gazen voor instrumentarium | 0 | 0 | 0 |
| - Schone gatdoek / gazen voor afdekken wond | 0 | 0 | 0 |
| - Correct hechtmateriaal | 0 | 0 | 0 |
| - Naaldvoerder | 0 | 0 | 0 |
| - Chirurgisch pincet | 0 | 0 | 0 |
| - Schaar | 0 | 0 | 0 |

Scoringslijst voor de praktijk 3B (vervolg)

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

| | niet gedaan | fout gedaan | goed gedaan |
|--|----------------|----------------|----------------|
| 5. Correcte uitvoering van chirurgische hechting(en) | | | |
| - De naald wordt op correcte wijze in de naaldvoerder geklemd | 0 | 0 | 0 |
| - De naald wordt op correcte wijze op de huid geplaatst | 0 | 0 | 0 |
| - De insteekopeningen bevinden zich op de juiste afstand vanaf de wondrand | 0 | 0 | 0 |
| - De naald wordt op correcte wijze door het weefsel gehaald | 0 | 0 | 0 |
| - De hechtingen worden op correcte diepte gelegd | 0 | 0 | 0 |
| - Er wordt adequaat gebruik gemaakt van hechten in twee tempi | 0 | 0 | 0 |
| 6. Gebruikt correcte knooptechniek | | | |
| - Knoopt met hulp van de naaldvoerder | 0 | 0 | 0 |
| - Legt eerst correcte chirurgische knoop (draad 2x om naaldvoerder) | 0 | 0 | 0 |
| - Legt daarna twee enkele knopen in tegengestelde richtingen | 0 | 0 | 0 |
| - Legt knoop op insteekopening | 0 | 0 | 0 |
| 7. Resultaat | | | |
| - De hechtingen zijn op ongeveer gelijke onderlinge afstand gelegd | 0 | 0 | 0 |
| - De hechtingen zitten niet te strak | 0 | 0 | 0 |
| - De knopen zitten goed vast | 0 | 0 | 0 |
| - De wondranden liggen goed aan | 0 | 0 | 0 |
| - De wond bloedt niet | 0 | 0 | 0 |

Algemene indruk (0-10):

Opmerkingen: