



Standpunt

Geen pleisters op primair gesloten wond

Van : Green Team Infectiepreventie VHIG

Datum : 12 maart 2024

Deze memo beschrijft het standpunt om **een primair gesloten wond onbedekt te laten**.

Een primair (chirurgisch) gesloten wond is een schone wond met gladde wondranden, waarbij de opperhuid intact is en het weefsel daaronder beschadigd. Voor het sluiten van de wond kan gebruik zijn gemaakt van hecht strips, hechtingen, agraves of huidlijm.

1. Aanleiding

Vanuit duurzaamheidsstreven is er recentelijk aandacht ontstaan voor het onbedekt laten van de primaire schone wond. Dat is niet nieuw, al in 2013 stond dit advies in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH) en ook in het kader van passende zorg heeft dit onderwerp de aandacht gekregen. Passende zorg scheelt tijd en kosten en is uit oogpunt van duurzaamheid gewenst. In de nieuwe lijst 'Beter laten 2.0 uit 2023 staat deze aanbeveling opgenomen in de Top 5 belangrijkste handelingen om te laten. Er is over dit onderwerp een duidelijke infographic gemaakt (zie bijlage 1). Toch is het onbedekt laten van de *primair gesloten wond* nog niet op grote schaal geïmplementeerd. Daarom meent het Green Team Infectiepreventie vanuit oogpunt van duurzaamheid dit onder de aandacht te moeten brengen.

2. Normkader

Aangaande de wondbedekking van acute wonden is de FMS-richtlijn 'Wondzorg bij acute wonden¹' van kracht. In mei 2022 is de originele richtlijn (NVvH) uit 2013 gereviseerd, door een multidisciplinaire commissie van de Federatie Medisch Specialisten. Het geldt nu als vigerend normkader. In de betreffende richtlijn komen verschillende onderwerpen aan de orde met betrekking tot wondzorg, waaronder het al dan niet bedekken van de wond. In deze richtlijn worden schone wonden van overige (schoon-gecontamineerde, gecontamineerde en vuil geïnfecteerde) wonden onderscheiden, vanwege het samenhangende risico op postoperatieve wondinfecties^{2,3}. In bijlage 2 is de richtlijn literatuur samenvatting te vinden.

3. Overweging

Wetenschappelijke literatuur toont geen verschillen in infectiepercentage aan. Het is dan ook niet aannemelijk dat patiënten een veiligheidsrisico (infectie) lopen door het direct postoperatief onbedekt laten van de primair gesloten postoperatieve wonden. Daarnaast ontstaat er kort na de postoperatieve periode een fibrine laag die de wond beschermt tegen micro-organismen van buiten (Collins 2010).

Aangezien het een voorkeursgevoelige beslissing betreft is het belangrijk om met de patiënt te bespreken of wondbedekking gewenst is en de duur daarvan. Het is belangrijk om de patiënt te voorzien van informatie betreft de voor- en nadelen van het wel en niet bedekken

¹ [Startpagina - Wondzorg - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)

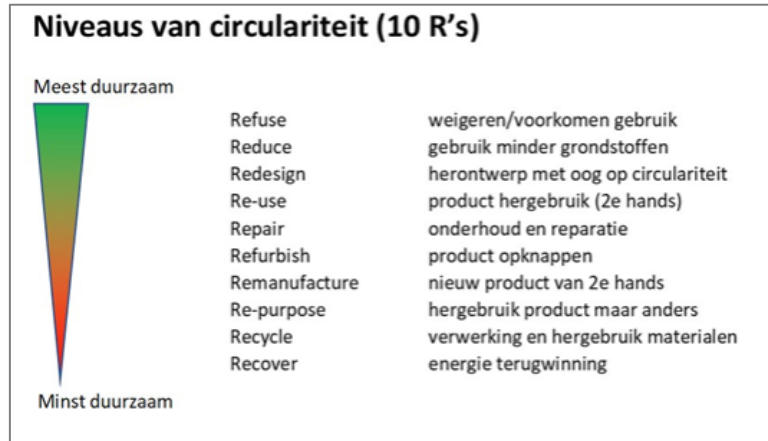
² Olson MM, Lee JT. Continuous, 10-Year Wound Infection Surveillance: Results, Advantages, and Unanswered Questions. Arch Surg 1990;125:794-803.

³ Mayhall CG. Surgical Infections Including Burns. Wenzel RP Prevention and Control of Nosocomial Infections. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993



van een wond. Uit oogpunt van passende zorg is er een informatiebulletin⁴ voor de patiënt beschikbaar over het douchen met een primair gesloten wond. Het onbedekt laten van de wond betekent een kostenbesparing in vergelijking met het bedekken van de wond. Dit bestaat uit materiaal- en personeelskosten (tijd).

Het weglaten van een pleister lijkt wellicht een kleine stap in het kader van duurzaamheid. Maar gezien het grote volume aan pleisters op primair gesloten wonden is dit een belangrijke maatregel. Ook is het een grote stap op de ladder van duurzaamheid (zie onder), namelijk van Recover (10) naar Refuse (1).



4. Risico afweging volgens Handreiking Green Team Infectiepreventie

Uitgaande van het 5 stappen model uit de Handreiking van het Green team Infectiepreventie volgt onderstaande risico afweging:

Stap 1	Wat is de setting waar de duurzame verandering zich afspeelt? Het niet plakken van pleisters op een primaire wond speelt zich af in klinische en poliklinische setting.																																																						
Stap 2	Is er een spanningsveld tussen verduurzamen en bijkomende infectierisico's? - Uit literatuur blijkt dat er geen verhoogd infectiepercentage is bij het weglaten van wondbedekking bij een primair gesloten wond - In vigerende richtlijnen is dit standpunt reeds opgenomen																																																						
Stap 3	Analyseer eventuele infectierisico's - In literatuur zijn de infectierisico's onderzocht en aanwezig vastgesteld.																																																						
Stap 4	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7"><i>Risicomatrix</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Zeer ernstig</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Ernstig</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Gemiddeld</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Laag</i></td> <td><i>Pleister</i> <i>Geen pleister</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Zeer Laag</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↑ ↘</td> <td><i>Zeer Laag</i></td> <td><i>Laag</i></td> <td><i>Gemiddeld</i></td> <td><i>Hoog</i></td> <td><i>Zeer Hoog</i></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>→ = HORIZONTAAL: Kans optreden besmetting bij deze andere werkwijze ↑ = VERTICAAL: Impact van besmetting bij andere werkwijze (kans op infectie/ziektelast)</p>						<i>Risicomatrix</i>							<i>Zeer ernstig</i>							<i>Ernstig</i>							<i>Gemiddeld</i>							<i>Laag</i>	<i>Pleister</i> <i>Geen pleister</i>						<i>Zeer Laag</i>							↑ ↘	<i>Zeer Laag</i>	<i>Laag</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>Hoog</i>	<i>Zeer Hoog</i>	
<i>Risicomatrix</i>																																																							
<i>Zeer ernstig</i>																																																							
<i>Ernstig</i>																																																							
<i>Gemiddeld</i>																																																							
<i>Laag</i>	<i>Pleister</i> <i>Geen pleister</i>																																																						
<i>Zeer Laag</i>																																																							
↑ ↘	<i>Zeer Laag</i>	<i>Laag</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>Hoog</i>	<i>Zeer Hoog</i>																																																		

⁴ [hr-a4-wond-douchen-met-pg-wond.pdf \(venvn.nl\)](https://www.venvn.nl/hr-a4-wond-douchen-met-pg-wond.pdf)



Stap 5	Welke beheersmaatregelen zijn nodig? <ul style="list-style-type: none">- Goede voorlichting aan de patiënt is noodzakelijk voor acceptatie en begrip. Indien de patiënt de voorkeur geeft aan afdekken kan daarvoor gekozen worden.- Bij lekkage van de wond wel afdekken- Indien bescherming van de wond nodig is: wel afdekken- Beleid geldt uitsluitend voor een chirurgische wond met gladde wondranden en een onbeschadigde opperhuid.
--------	---

5. Advies

Een bedekkend verbandmateriaal bij primair gesloten wonden wordt afgeraden.

Een wondbedekker dient uitsluitend te worden overwogen;

- om exsudaat of transsudaat op te vangen; let op: adviseert minimaal de eerste 48 uur een verband om exsudaat op te vangen en langer bij blijvende lekkage
- indien een patiënt hieraan de voorkeur geeft om niet visueel geconfronteerd te worden met hun operatiewond, ook al is deze geïnformeerd over het feit dat het bedekken van de wond het infectierisico niet vermindert en het verwijderen of verwisselen van verbandmateriaal extra pijn kan veroorzaken. Ook kan het verwijderen van de pleister als een vervelende /pijnlijke ervaring worden ervaren.
- indien bescherming van de wond gewenst is, bijvoorbeeld vanuit schurende kleding.
- Indien de arts beoordeelt dat de patiënt de omgang met de onbedekte wond niet aankan, vanwege mentale of fysieke factoren.



Beter Laten: hoe besparen we tijd, leed en geld in de zorg?
Welke handelingen kunnen verpleegkundigen en verzorgenden beter laten? **Voorbeeld:**

Wondzorg

Wat is het?



Reinig en bedek geen primair gesloten wonden.



Waarom Beter Laten?

Dit draagt niet bij aan wondgenezing, voorkomt geen infecties en het verwijderen van verband of pleisters kan pijnlijk zijn.

Hoe vaak komt het voor?

Jaarlijks worden er bijna

1,5 miljoen

operaties uitgevoerd in Nederland.



Per wond worden er gemiddeld

2

pleisters gebruikt.



Verpleegkundigen reinigen en bedekken de meeste operatiewonden routinematig.

Wat kunnen we besparen?



Tijd

Een verpleegkundige is gemiddeld **5 minuten** bezig met wondverzorging.



Naar schatting **2 minuten** om de patiënt uit te leggen dat een pleister niet nodig is.

Geld & tijd

Als de helft van de operatiewonden niet meer bedekt wordt bespaart dit jaarlijks ongeveer:



€ 2.100.000
verbandmateriaal



94.000 uur wondzorg



€ 2.800.000
salariskosten

Wat kun jij doen?



Reinig of bedek geen primair gesloten wonden.



Gebruik geen antiseptica bij primair gesloten wonden vanwege het geringe risico op infectie.



Bekijk meer aanbevelingen in de richtlijn wondzorg.



Bijlage 2: Samenvatting literatuur (citaat FMS-richtlijn)

*Infectierisico – wanneer wonden **direct** onbedekt worden gelaten*

Eén Cochrane SR beschrijft de effectiviteit van verschillende wondmaterialen ter voorkoming van wondinfecties bij primair gesloten chirurgische wonden (Dumville 2011). Van deze SR zijn twee van de 16 studies van toepassing voor deze richtlijn. In deze twee studies werden bij 319 patiënten met primair gesloten (schone en schoon-gecontamineerde) wonden in de tweedelijnszorg gaas of folieverbanden vergeleken met het direct postoperatief onbedekt laten of uitsluitend aanbrengen van vaseline op de wond (Law 1987, Phan 1993). In beide RCT's werd geen significant verschil in aantallen infecties aangetoond (respectievelijk RR 0,27; 95% BI 0,03 tot 2,08 en RR 1,34; 95% BI 0,82 tot 2,19). Aanvullend is er een CCT met 451 kinderen gevonden in de tweede lijn die het bedekt of niet bedekt laten van schone postoperatieve wonden direct na lies- of buikchirurgie vergeleek (Merei 2004). Ook in deze studie werd geen significant verschil (RR 1,23; 95% BI 0,28 tot 5,41) in het aantal postoperatieve infecties gevonden (Merei 2004).