
Covid-19 en een acute opnameafdeling; dé ingrediënten voor verpleegkundige uitdagingen!

Het coronavirus zorgt ervoor dat er in korte tijd een wereldwijde situatie ontwikkeld waarbij angst en onzekerheid een grote rol spelen. Binnen de klinische setting van ziekenhuizen worden hygiënevoorschriften en isolatieprotocollen in rap tempo uit de kast gehaald en aparte cohort afdelingen worden ingericht. Waar verwacht wordt dat deze acties ook binnen de psychiatrische ziekenhuizen toegepast gaan worden, roept dit echter direct meer vragen op dan dat het antwoorden geeft.

Een high en intensive care binnen de psychiatrie is er niet op gericht om controle te kunnen houden op een agressief virus, personeel is niet ervaren in isolatie verpleging en cliënten binnen deze afdeling kunnen zich niet altijd houden aan de algemene hygiëne voorschriften. Waar begin je dan als verpleegkundige in het beschermen van deze cliënten maar zeker ook je collega's.

Er is haast geboden. Dit virus blijft niet bij de drempel van de afdeling wachten totdat wij alles op orde hebben. Nee dit vraagt om accuraat verpleegkundige leiderschap. Verpleegkundige zijn namelijk van groot belang voor het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg. Door hier leiderschap aan toe te voegen kun je invloed hebben op de effectiviteit en veiligheid van zorg (Dr. H. Vermeulen, 2017). Dit zijn twee pijlers die nu van cruciaal belang zijn en waar ik me mede verantwoordelijk voor voel om daar nu direct vorm aan te gaan geven.

Onrust en onzekerheid is op dit moment al aanwezig op de afdeling. Ook bij mij heerst dit. Als antwoord hierop begin ik met het roepen van losse flarden wat helpend zou kunnen zijn om mijn afdeling zo goed mogelijk te gaan beschermen. Al snel merk ik dat dit geen oplossingen gaat bieden. “*Wat heb je nodig in tijden van onzekerheid*” vraag ik me samen met mijn collega af. Dit beantwoorden we met; Duidelijkheid, betrouwbare en gekaderde informatie en praktische leidraden om naar te kunnen handelen. Om een eerste stap te zetten en structuur aan te brengen in onze vervolgacties beginnen we met het doornemen van de opgestelde richtlijnen GGZ en Corona (kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg, 2020). Dit wordt onze houvast in het uitzetten van verpleegkundige interventies.

Voorkomen van besmetting.

We pakken er de algemene hygiënemaatregelen bij en in no-time richten we onze afdeling zo in dat hygiëne voorschriften ook gehandhaafd kunnen worden. Tafels uit elkaar, stoelen weghalen zodat afstand nemen vergemakkelijkt wordt, genoeg punten om handen te wassen met zeep, etc. Oftewel praktische acties uitvoeren maar wel rekening houden met de werkbaarheid.

Afdelingen gaan verplicht op slot, cliënten mogen niet meer onbegeleid naar buiten en bezoek is niet meer welkom. Ik denk; volgende stap...

Informatieverstrekking naar cliënten omtrent de noodgedwongen maatregelen. Ook dit roept direct weer vragen op voor ons als acute opname afdeling. We gaan op slot?

Crisisdienst, spoed en acute opname

Nee hoor, de HIC is een uitzondering. Hier komen opnames binnen, mensen uit de maatschappij waarvan je niet weet waar ze geweest zijn. Oftewel angst en onzekerheid onder personeel. We pakken de richtlijnen GGZ en Corona (kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg,

Irma Ras “Hoe geef ik binnen mijn team vorm aan mijn verpleegkundig functioneren en verpleegkundig leiderschap in deze COVID-19 tijd”

2020) er weer eens bij en een stroomschema biedt ons antwoord. Hierin staat beschreven welke voorzorgsmaatregelen de crisisdienst al neemt bij beoordelingen en welke afwegingen er gemaakt worden alvorens er een acute opname plaats gaat vinden. Een opname is geïndiceerd en dan? Terug naar de richtlijnen GGZ en Corona waar beschreven staat wanneer iemand mogelijk besmet is en dus uit voorzorg in quarantaine op de kamer moet worden begeleid (kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg, 2020). Maar goed, dan moeten we dus isolatieverpleging toe gaan passen op onze eigen afdeling. Volgende vragen die opgehelderd moeten worden; hoe, waar, wie, waarmee?

Met mijn ervaring binnen het werken in het ziekenhuis, en dus ervaring in isolatie verpleging, zet ik mijn volgende stap in mijn verpleegkundig handelen. Kennis overdracht aan collega's en wijzen op de informatie die het medisch centrum verspreid over deze vorm van verplegen. Praktische vormgeving omtrent de kamers die we hiervoor gaan gebruiken, een korte handleiding om bij de hand te kunnen houden en een setje beschermingsmiddelen op voorraad. Wie gaat deze cliënten groep met verdenking tot besmetting verplegen totdat de uitslag bekend is? Is mijn collega van boven de 55 met diabetes of mijn collega met longaandoening dit verplicht? Weer een vraag wat veel onrust binnen het team oproept. Ook hierbij vormt de richtlijn GGZ en Corona opheldering. “ Medewerkers die binnen de categorie verhoogd risico vallen worden niet ingezet op het verplegen van patiënten die verdacht worden van een Coronabesmetting of die daadwerkelijk besmet zijn. Ook medewerkers die zwanger zijn.... Hetzelfde als bovenstaand geldt wanneer een medewerker thuis een partner of kinderen heeft die in de risicogroep vallen. “ (kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg, 2020).

De theorie is duidelijk en de praktische vormgeving is er, zou je denken. Vooruitdenken naar situaties die mogelijk komen gaan is op dit moment van groot belang. We spreken hier over cliënten die in psychiatrische crisis verkeren. Cliënten die hygiënemaatregelen al niet goed op kunnen volgen, laat staan het verzoek om in quarantaine op de kamer te blijven. Deze komen er vanaf, moeten we onbeschermd terug begeleiden en dit minimaal 4 keer op een dag?

De middelen voor toepassen van dwang

Hulpverleners passen dwangmaatregelen altijd wel overwogen toe. We leggen hierover verantwoording af en passen dit stepped-care toe. Dit wordt veelal gedaan in het kader van de wet Wvvgz. Ook nu biedt deze wetgeving handvatten. ‘verzet een cliënt zich tegen maatregelen zoals quarantaine en de weigering wordt veroorzaakt door de psychiatrische stoornis, kan besloten worden tot het verlenen van verplichte zorg. Dit enkel ter afwending van een noodsituatie gelet op ernstig nadeel voor de veiligheid binnen de accommodatie’ (ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, 2019). De cliënt die verward of ontremd is kunnen we dus op een verantwoorde manier opnemen binnen onze afdeling. Maar wat als iemand in een suïcidale crisis verkeerd en zich niet wil conformeren aan de quarantaineafspraken? De Wet publieke gezondheid (Wpg) komt hier om de hoek kijken. Willen we op basis van de Wpg iemand verplicht in quarantaine zetten dan dient hier toestemming voor gevraagd te worden bij de GGD. (Ministerie van volkgezondheid, welzijn en sport, 2020)

Een zee van richtlijnen, adviezen en maatregelen welke mijn collega's en ik hebben kunnen vertalen naar werkbare handvatten binnen onze acute opname afdeling. We hebben hierin gekeken naar de kaders van de afdeling, de mogelijkheden van cliënten en collega's maar zeker ook naar de werkbaarheid. Dit heeft alles te maken met het creëren van veilige zorg. De duidelijkheid aan informatie die we gecreëerd hebben en de voorzieningen om richtlijnen ook praktisch uit te kunnen voeren bieden meer rust binnen het team. Wil dit dan zeggen dat hiermee alle vragen en onzekerheden uit de lucht zijn? Niets is minder waar. Het blijft een feit dat wij werken met een populatie waarbij ondanks de maatregelen situaties ontstaan welke nu onder een vergrootglas liggen. Die voorheen als ongewenst bestempeld werden, worden nu als onhebbelijk opgemerkt. En

Irma Ras “Hoe geef ik binnen mijn team vorm aan mijn verpleegkundig functioneren en verpleegkundig leiderschap in deze COVID-19 tijd”

cliënt die zo gespannen raakt dat deze letterlijk met schuim op de mond en consumptie praat, een cliënt die zijn behoefte niet in het toilet doet maar in de hoek van de kamer, geen oog hebben voor persoonlijke ruimte en te dicht bij je komen staan of niezen zonder hier iets voor te houden. We wijzen onze cliënten dagelijks op het handhaven van de gestelde maatregelen. Maar wat dacht je van de cliënt in crisis die door onder andere de maatregelen alleen maar meer geagiteerd wordt en we deze week al 4 keer in de holding hebben moeten nemen? Dit zijn allemaal situaties waar mensen te dicht bij elkaar komen en iedereen in de maatschappij te horen krijgt dit zo veel mogelijk te vermijden. Voor ons is dit dagelijkse kost waar wij zo verantwoord mogelijk mee om moeten gaan.

De maatschappij zit noodgedwongen vast aan een hoop maatregelen die opgelegd zijn voor onze lichamelijke gezondheid. Daarbij dragen wij ook deels verantwoordelijkheid voor de lichamelijke gezondheid van onze cliënten. Samen voorzorgsmaatregelen handhaven die noodzakelijk zijn voor infectiebeheersing. Echter voordat deze hele uitbraak plaatsvond, bestond ons vak niet uit infectiebeheersing maar uit het acuut behandelen van psychiatrische stoornissen. Nu we op de afdeling alles zo goed mogelijk vorm gegeven hebben gaan we onze aandacht weer verleggen. Binnen de kaders van de somatische crisis gaan we de behandeling van de psychiatrische crisis zo optimaal mogelijk vorm geven. Ik zie hierin weer nieuwe verpleegkundige uitdagingen!

“Wat hebben wij toch een bijzonder vak!”

Bronvermelding

Dr. H. Vermeulen, G. H. (2017). *Verpleegkundig leiderschap*. Bohn Stafleu van Loghum.

kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg. (2020). *GGZ Standaarden, richtlijn GGZ en Corona*. kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg Akwa GGZ.

Ministerie van volkgezondheid, welzijn en sport. (2020). *wetten.overheid.nl/WPG*. Opgehaald van [wetten.overheid.nl](https://wetten.overheid.nl/WPG): <https://wetten.overheid.nl/WPG>

ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport. (2019). *www.dwangindezorg.nl/wvvgz*. Opgehaald van [www.dwangindezorg.nl](https://www.dwangindezorg.nl/wvvgz): <https://www.dwangindezorg.nl/wvvgz>