

Familie/Patient

Woonplaats, datum

De Raad van Bestuur Zorginstelling

Geachte heer / mevrouw,

Verblijf ... – niet aangeboren hersenletsel (CVA) ten gevolge van een hersenstam infarct.

Revalidatieperiode van ... tot 1.....

Evaluatie

De dagelijkse zorg van verzorgenden en therapeuten was goed en hartelijk maar we waren niet enthousiast over de besluitvorming, diagnose en prognose van de revalidatieartsen en het multidisciplinaire team. De activiteiten zouden volgens dit team niet (snel genoeg) leiden tot voldoende herstel om zelfstandig te kunnen functioneren thuis.

Al binnen 3 weken verblijf hadden artsen en het MDO Team 'unaniem' (?) besloten dat herstel niet mogelijk was en adviseerden de familie (haar 3 zoons, zus en zwager) verpleeghuisopname met 24-uurs zorg. Bij een rondgang langs de therapieën proefden wij deze 'unanimiteit' niet zo duidelijk. Mevr/Dhr woonde voor het infarct zelfstandig en heeft een hondje. We hebben als familie meerdere malen moeten interveniëren om de duur van het verblijf tot drie maanden te kunnen rekken. Wij begrepen dat verblijf in een revalidatiecentrum kostbaar is, maar je moet iemand wel een redelijke kans geven. Iedereen weet dat geleidelijk herstel na een infarct mogelijk is, ook als het herstel na drie weken nog niet op spectaculaire wijze zichtbaar is.

Huidige situatie sinds ontslag uit revalidatiecentrum

Mevr/Dhr... verblijft vanaf haar/zijn thuiskomst op weer in haar eigen huis omringd door haar kinderen, familie, hondje en burens. Vanaf het begin zien we groei en herstel. Het gaat steeds beter en ze is zo gelukkig dat veel medicatie (waaronder antidepressiva) is afgebouwd. Thuiszorg 3x per dag via een Persoonsgebonden Budget gaat prima, aangevuld door regelmatige aanwezigheid van familie.

Welke lessen voor de toekomst zijn er te leren?

Er is o.i. met een eenzijdige, vooringenomen en te commerciële blik gekeken naar mevr/dhr... als patiënt. Artsen hebben doorgaans veel macht in zorginstellingen en als die niet openstaan voor mogelijkheden ziet het er blijkbaar slecht voor je uit.

Voorbeeld hiervan is het niet-afbouwen van het Poseybed en medicatie-overdracht na ontslag.

Mevr/Dhr... was op aanraden van het ziekenhuis in een Poseybed gelegd. Men was bang dat ze/hij zo in de war was dat ze/hij 's nachts uit bed zou gaan en zou kunnen vallen. Een begrijpelijke tijdelijke maatregel die volgens de BOPZ zo snel mogelijk moet worden afgebouwd. Voor afbouwen gedurende haar/zijn verblijf stond men volstrekt niet open. (zie ook volgende paragraaf)

Het 'unanieme' oordeel van het Multidisciplinair Team klopte o.i. niet en wij vragen ons af in hoeverre dit oordeel eensluidend was? Wij hebben als familie diverse therapeuten gesproken die betrokken waren bij haar/zijn revalidatietraject en die waren niet allemaal negatief.

Er is o.i. onvoldoende gekeken naar de ingrijpende consequenties voor de patiënt. Ze/Hij had haar/zijn huis waar ze/hij al meer dan 25 jaar woont kunnen kwijtraken, dit geldt ook voor haar/zijn hondje. Er is geen weg terug als je eenmaal uit huis wordt geplaatst en terechtkomt in een verpleeghuis. Gezien de huidige coronacrisis was het zelfs niet ondenkbaar dat ze inmiddels was overleden.

Wij vragen ons af of men (MDO Team) zich wel voldoende realiseert wat het genomen besluit doet met mensen? Het lijkt erop alsof men zich gevoelsmatig hiervoor afsluit en het lijkt alsof men geen empathie heeft voor mensen uit een lagere sociale klasse (deze vrouw komt uit de Bijlmer).

Poseybed en medicatie-overdracht

Het afbouwen van de fixatie in het Poseybed is tijdens haar verblijf door de revalidatiearts pertinent geweigerd ondanks advies van een vriend die zelf GZ-psycholoog is en jarenlange ervaring heeft met toepassing en afbouw van BOPZ-maatregelen. Met een beetje cameratoezicht en creativiteit had dit gemakkelijk gekund. Wij willen aangeven dat ze/hij vanaf de dag van thuiskomst in een normaal bed geslapen heeft en er nooit uitgekomen is of gevallen is.

Ook werd aanvankelijk geweigerd om haar/hem tussentijds een keer naar huis te laten gaan als proef. Men geloofde er eenvoudigweg niet in.

Tenslotte moeten wij constateren dat de medicatie-overdracht vanuit het revalidatiecentrum naar de huisarts van gezondheidscentrum gebrekkig was. De bloedverdunner was uit beeld, nl. niet overgedragen of meegegeven. De apotheker werd hier niet vrolijk van want ze/hij had onvoldoende medicatie meegekregen. Dit was volgens de apotheker niet volgens de richtlijnen die gelden bij ontslag. Wij hebben als familie meteen deskundig advies ingeschakeld van een cardioloog die verbonden is aan de Hartkliniek. De Heparine injecties in de buik zijn sinds januari 2020 vervangen door rivaroxaban (*Xarelto*) en dit gaat nu uitstekend.

Wij geven u ter overweging en evaluatie nog een paar vragen mee.

Is de besluitvorming in het MDO-Team goed verlopen?

Houdt het revalidatiecentrum voldoende rekening met de behoeften van de patiënt en haar familie? (er was kritiek vanuit de familie; door op verzoek van de familie met hen te overleggen en door het beleid aan te passen is tot op zekere hoogte consensus bereikt)

Welke lessen voor de toekomst zijn er te leren rondom revalidatietrajecten; is uw revalidatiecentrum alleen bestemd voor mondige mensen met lichtere beschadigingen?

Welke structurele verbeteringen kunnen revalidatie van patiënten met CVA's in uw organisatie succesvoller maken?

Hoe zit het overigens met diversiteit en inclusie in uw revalidatiecentrum? Het personeel en artsen, inclusief de vormen van therapie en testen zijn Nederlands Europees en niet cross cultureel.

Met vriendelijke groet,

