

Dialogmøte 16. nov på Mo i Rana - oppsummering kafebord 1

Hvem koordinerer inntak/søknad til rehabilitering, og hvilke muligheter finnes?
Stor forskjell på hva slags tilbud som er nødvendig. For eksempel pasient med lårhalsbrudd trenger kanskje ikke rehab fra spes.h.tj, men en med alvorlig hjerneslag har helt andre rehab.behov.

Hvem har oversikten over hva som finnes av tilbud? Hva gjør vi når rehab.plasser er opptatt?
Hva gjør vi når rehab.avd er stengt pga ferie?

Det er for få plasser, man må ofte finne mellomløsninger, og det er ikke alltid beste løsning for pasienten.

Man vurderer ofte plasser i geografisk nærhet fordi det er de man først og fremst kjenner til, og fordi geografisk nærhet er viktig for pasienten (pårørende).

Hva ønsker pasienten? Det søkes av og til om korttidsplass på sykehjem, men pasienten ønsker rehab. i egen bolig. Hvor går grensene for å få det, hvor mye rehab. kan pasienten få i eget hjem, og hvem vurderer det?

Hvor mye rehab. kan pasienten ha krav på ved et korttidsopphold på sykehjem?

Forslag om at en person på sykehuset koordinerer alt av rehab. på ulike nivå. En som kjenner kommunene.

Informasjonsutfordringer. Hvilken informasjon trenger pasienten og hvilken informasjon får pasienten, hvem gir hva?

Gis det skriftlig informasjon i tillegg til muntlig?

MS-pasienter som ikke er så selvhjulpne har mistet plassene de hadde til rehabilitering.

Nevnt eks pasient med hjerneslag på sykehus til observasjon, kartlegging og mobilisering. Det blir tidlig tatt kontakt med tj.kontor i hjemkommune. Videre blir det søkt om rehab. ut fra alvorlighetsgrad. Helseparken blir nevnt som et godt alternativ men de er et kommunalt tilbud (Mo i Rana).

Av og til er det slagsykepleier som ringer rundt for å finne rehab.plass, de gjør det i tillegg til andre arbeidsoppgaver.

Mange pasienter sendes ut fra sykehus uten en plan, og de har ofte skjulte skader (eks kognitive). De kommer tilbake til kommunen senere, da ofte med større problemer pga mangelfull oppfølging.

Ulik organisering i kommunene, noen har Frisklivssentraler, andre har ikke. Noen Frisklivssentraler arrangerer lærings- og mestringskurs, andre har ikke det.

Noen kommuner har hverdagsrehabilitering, andre har ikke det.

Noen kommuner har ikke ergoterapeut.

Hvem skal vurdere behovet for koordinator og individuell plan? Hvem informerer pasienten?
Ingen kjenner til at koordinator blir oppnevnt i sykehus.

Når man sender PLO, hva skal den inneholde? Her kan det krysses av for behov for IP. Burde det vært flere pkt, faste tema for hva PLO skal inneholde?

Pasienten har ofte behov for mer informasjon om hva som skal skje videre.

Det er ofte for dårlig samhandling mellom spes.h.tj og kommune.

Det oppleves positivt/verdifulle å ha 50% stilling i sykehus og 50% stilling i kommune for da kan man følge pasientforløpet.

Stort behov for en journal.