

Hvidovre Kommune

Organisering	<p>Parkinson- og demenskoordinator teamet er organiseret under Center for Sundhed og Ældre Hvidovre Sundhedscenter Sundhed & Forebyggelse. Organisationsdiagram kan tilgås her: Organisationsdiagram</p> <p>Personer i teamet Parkinson- og demenskoordinator Sygeplejersker og social- og sundhedsassistent Samlet er der 3 personer i teamet</p> <p>Befolkningsgrundlag Omkring 53.250</p>
Opmærksomhed på nye borgere	<p>Henvendelse til koordinator</p> <ul style="list-style-type: none">• Borger henvises fra neurologiske afdeling, privat praktiserende neurologer.• Borgere der selv henvender sig, fordi de har set tilbuddet ("postkort") eller hørt om det fra andre.• Samarbejdspartnere i kommunen henviser også fx visitation, Udredning & Rehabilitering, hjemmepleje• Opsøgende arbejde – har lavet "postkort" som sættes forskellige steder
Opgave varetagelse	<p>Koordinatorfunktion Demens- og parkinsonkoordinator har direkte borger kontakt, koordinerer forløb og henviser i kommunale tilbud som fx fysio- og ergoterapeutiske tilbud, diætister, omsorgstandplejen, pårørende- og palliations-koordinator. Der rådgives og vejledes også om tilbud i og uden for kommunen. Det samlede 'demenskoordinator team' er ansat til at varetage både demens- og parkinson koordination.</p> <p>Samarbejde Der samarbejdes med Visitation, Hjælpe midler, Bolig/plads, Voksenrådgivningen, Udredning- og rehabiliteringsenheden, Hjemmesygeplejen, Hjemmeplejen, plejehjem samt neurologiske afdelinger og private neurologer.</p> <p>Etablering Gennem de sidste 2 år, er der arbejdet med udvikling og implementering af parkinson koordinatorfunktionen samt rehabiliterende indsatser og tilbud i kommunen.</p>
Hvordan er adgangen til borgeren?	<p>Etablering af kontakt Når henvisning modtages, kontaktes borger telefonisk og der planlægges samtale i borgers hjem eller i sundhedscentret.</p>

<p>Hvordan er strukturen i koordinatorens rolle?</p>	<p>Strukturen i koordinatorfunktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der benyttes CURA (FSIII) som kommunalt journaliseringssystem • Planlagte aftaler skrives i kalenderen <p>Hvordan koordineres indsatserne i kommunen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er fokus på at få fat i borger så tidligt som muligt og der udføres opsøgende arbejde ved regionale neurologer • Har minimum kontakt 1 x årligt ved hjemmebesøg. Ellers planlægges øvrige aftaler efter behov, og hvor den enkelte er i sit sygdomsforløb • Der holdes tlf. kontakt ved behov • Ved behov indkalder koordinator til tværfagligt møde i borgerens hjem for at få koordineret de indsatser, der skal til
<p>Hvorfor er der behov for en der koordinerer tilbud til borgere med Parkinsons sygdom i en kommune?</p>	<p>Behovet for koordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidlig opsporing og forbyggende indsatser • Øget koordinering af forløb og rådgivning • Styrket samarbejde om borger kommunalt og på tværs af sektorer <p>Fordele og ulemper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kun positive tilkendegivelser fra borger og pårørende • Det er svært at "finde" ny diagnosticerede, da der ikke ligger faste retningslinjer for hvem neurologerne skal/kan kontakte for videre forløb
<p>Økonomi?</p>	<p>Økonomi</p> <p>Der er afsat midler til 2 demenskoordinatorer af 37 timer samt en stilling på 32 timer til at varetage flere borgere på parkinsonområdet og flere borgere med demens.</p> <p>Fordelingen af timeforbrug varierer efter antal borgere i forløb og borgerens behov.</p>
<p>Evaluering/målepunkter?</p>	<p>Evalueringspunkter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antal borgere i forløb • Dialogmøde 1 x årligt med borger og pårørende