Parkinsonkoordinator i kommunen – hvad er den optimale placering?

Parkinsonforeningen har afprøvet tre placeringer af en kommunal parkinsonkoordinatorfunktion. Koordinatoren har været organisatorisk placeret i en visitation, i et sundhedscenter og i en hjemmesygepleje i tre forskellige kommuner.

Dette notat omhandler fordele og ulemper ved de tre organisatoriske placeringer og er baseret på interview med parkinsonkoordinatoren og repræsentanter fra de tre kommuner samt data om, hvordan borgere er henvist til projektet.

En fuld beskrivelse af projektet og de anvendte datakilder findes i den samlede evaluering *Evaluering af Parkinsonkoordinator 2*.

Placering i visitationen
Baseret på indbyggertal repræsenterer de tre kommuner, der har medvirket i projektet, en lille, en mellemstor og en stor kommune. I den mellemstore kommune har parkinsonkoordinatoren været placeret i visitationen. Visitationen er placeret på kommunens rådhus og samler kommunale visitatorer, sagsbehandlere, forebyggende medarbejdere og kommunens hjælpemiddelafdeling. I perioder har koordinatoren haft en fast arbejdsplads, og i perioder har koordinatoren skulle finde en ledig plads, når hun mødte på arbejde i visitationen.

Det fremgår ved interview med parkinsonkoordinatoren, at visitationen efter hendes opfattelse er en "naturlig placering" for en koordinatorfunktion både i forhold til kontakt og samarbejde med de relevante faggrupper og kontakten til borgerne. Interviewet med repræsentanter fra kommunerne understøtter koordinatorens vurdering.

Analyse af data om borgerhenvisninger viser, at visitatorer og forebyggende medarbejdere er de kommunale medarbejdere, der henviser flest borgere til projektet. I den kommune, hvor parkinsonkoordinatoren har været placeret i visitationen, har hun siddet sammen med begge faggrupper. Kontakten og kendskabet til øvrige fagpersoner i kommunen oplever parkinsonkoordinatoren dog har været begrænset.

Placering i sundhedscenteret
Parkinsonkoordinatoren har været placeret i sundhedscenteret i den største af de tre medvirkende kommuner. Det kommunale sundhedscenter samler en række forskellige tilbud om forebyggelse, genoptræning og rehabilitering og har endvidere kommunens forløbskoordinatorer, forebyggende medarbejdere og demenskonsulenter samlet i sundhedscenteret. Koordinatoren har haft adgang til at anvende et fast lokale som arbejdsplads. Det tildelte lokale var ikke placeret i nærheden af centerets øvrige fagpersoner, og lokalet blev anvendt til andre formål, og derfor skulle koordinatoren bestille lokalet, når hun arbejdede i kommunen.

Det fremgår ved interview med parkinsonkoordinatoren, at sundhedscenterets forebyggende tilgang passer godt sammen med koordinatorens arbejde, og at den faglige sparring med især demenskoordinatorerne har været god. Samarbejdet har dog været begrænset af den adskilte placering i centeret, og parkinsonkoordinatoren oplever

desuden ikke, at henvisninger af borgere imellem koordinatorer er en naturlig arbejdsgang.

Analyse af henvisningsdata viser, at andelen af borgere, der er henvist til projektet fra kommunale medarbejdere, er lavest i denne kommune. Parkinsonkoordinatoren oplever, at kendskabet til koordinatorfunktionen ikke har været tilstrækkeligt udbredt i kommunen til at sikre relevant rekruttering af borgere til projektet.

Placering i hjemmesygeplejen
Parkinsonkoordinatoren har været placeret i hjemmesygeplejen i den mindste af de tre deltagende kommuner. Hjemmesygeplejen er centralt organiseret og placeret i et sundhedshus. Koordinatoren har haft en fast arbejdsplads i sundhedshuset, hvor hun har delt kontor med to demenskoordinatorer to dage om ugen samt hjemmesygeplejersker, når de var hjemme fra borgerbesøg.

Det fremgår ved interview med parkinsonkoordinatoren, at det sociale fællesskab i hjemmesygeplejen har været rigtig godt, og derfor har parkinsonkoordinatoren i den sidste del af projektet valgt at have fast arbejdsplads i denne kommune og ikke i de to andre kommuner – oplevelsen var, at der var for meget logistik ved at have tre forskellige placeringer.

Fagligt har den lille kommunestørrelse haft den fordel, at det var nemmere for koordinatoren at udbrede kendskabet til koordinatorfunktionen både blandt borgere og fagpersoner.

Der er kun rekrutteret få borgere til projektet via placeringen i hjemmesygeplejen, og de borgere, som henvises fra hjemmesygeplejen, er borgere med et stort behov for hjælp. Data fra KORAs evaluering viser ikke desto mindre, at denne kommune er den kommune, hvor den største andel af borgere er rekrutteret til projektet via kommunale fagpersoner, typisk visitatorer og forebyggende medarbejdere.

Sammenfattende
Samlet set peger evalueringen på, at det er lettere at udbrede kendskabet til og sikre henvisningen af borgere til en parkinsonkoordinatorfunktion i mindre kommuner, end det er i større kommuner. De medarbejdere, der hyppigst henviser til funktionen, er visitatorer og forebyggende medarbejdere – hvorfor en organisatorisk placering sammen med disse faggrupper er gunstig set fra et rekrutteringssynspunkt. Angående faglig sparring er det oplevede udbytte størst i forhold til andre koordinatorer, herunder demenskoordinatorer. En fysisk placering i hjemmesygeplejen sikrer adgang til de borgere, der har mere fremskreden sygdom, men er ikke oplagt i forhold til det aktuelle projekt.